

A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde



ABENEFS

**A formação do profissional
de Educação Física
para o setor saúde**



Florianópolis

2014

Copyright © by
POSTMIX Serviços Editoriais Ltda.
Rua João Pio Duarte Silva, 42 - Córrego Grande
Florianópolis SC - CEP 88.037-000

Capa:
Emerson Pires

Projeto Gráfico e Diagramação
Julliet Michels



Reservados todos os direitos de publicação total
ou parcial para o autor

Impresso no Brasil

ORGANIZADORES

Tânia R. Bertoldo Benedetti

Professora licenciada em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-doutora em Kinesiology and Community Health, Universidade de Illinois - Urbana-Champaign, Estados Unidos. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, vice-coordenadora da Pós-graduação em Educação Física. Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase na Formação profissional na área da Atividade Física, Envelhecimento e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Envelhecimento, Idosos, Exercício Físico, Programas de Atividade Física, Saúde e SUS.

Diego Augusto Santos Silva

Professor licenciado em Educação Física pela Universidade Federal de Sergipe. Mestre e Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, líder do Núcleo de Pesquisa em Cineantropometria e Desempenho Humano. Tem experiência na área de Educação Física e Saúde Pública, com ênfase em Cineantropometria, Atividade física relacionada à saúde e Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Obesidade, Fatores de risco cardiovasculares, Atividade Física, e Desigualdades sociais em Saúde.

Kelly Samara da Silva

Professora licenciada em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba. Mestrado e Doutorado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde. Tem experiência na área de Atividade Física Relacionada à Saúde, com ênfase em estudos epidemiológicos e em processos e programas de promoção da atividade física, atuando principalmente nos seguintes temas: atividade física e saúde, e comportamentos sedentários.

Juarez Vieira Nascimento

Professor licenciado em Educação Física pela Faculdade Salesiana de Educação Física. Mestre em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutor em Ciências do Esporte pela Universidade do Porto. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina, coordenador do Núcleo de Pesquisa em Pedagogia do Esporte. Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Formação Profissional e Pedagogia do Esporte, atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Física, Formação Inicial, Voleibol, Desenvolvimento Profissional e Currículos e Programas.

SUMÁRIO

1. Prefácio.....	09
2. Contributo do FNEPAS para integralidade na saúde.....	13
<i>Vera Lúcia Garcia</i>	
3. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional	25
<i>Danielle Keylla Alencar Cruz</i>	
<i>Deborah Carvalho Malta</i>	
4. Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde.....	53
<i>Tânia R. Bertoldo Benedetti</i>	
<i>Lucélia Justino Borges</i>	
5. Metodologias ativas de ensino aprendizagem: O PBL e sua aplicabilidade em atividade física, lazer e saúde	69
<i>Ricardo Ricci Uvinha</i>	
6. Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil	89
<i>Douglas Roque Andrade</i>	
<i>Evelyn Fabiana Costa</i>	
<i>Leandro Martin Totaro Garcia</i>	
<i>Alex Antonio Florindo</i>	
7. O papel do profissional de educação física frente ao impacto global da atividade física	109
<i>Diego Augusto Santos Silva</i>	

Eliane Cristina de Andrade Gonçalves
Gabriel Renaldo de Sousa
Heloyse Elaine Gimenes Nunes

8. Experiências da educação física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde 129

Sueyla Ferreira da Silva dos Santos
Mathias Roberto Loch
Rossana Arruda Borges
Maria Francisca dos Santos Daussy

PREFÁCIO

A formação do profissional de Educação Física para atuar no sistema de saúde brasileiro se apresenta, muitas vezes, de forma complexa e paradoxal. Várias instituições de ensino superior formam bacharéis em Educação Física com amplo conhecimento voltado para as alterações fisiológicas, decorrentes da prática de exercícios físicos/atividades físicas para desempenhar suas funções junto ao setor saúde, com direcionamento exclusivo da intervenção em relação a indivíduos e/ou pequenos grupos, como personal trainer, academia de musculação, etc. Por outro lado, o setor saúde exige uma formação integral, com saberes e competências com maior abrangência e diferentes possibilidades de intervenções em níveis institucionais, comunitários e políticos, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, exemplo de atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Neste contexto, o I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde (I COBENEFS) surgiu como um espaço para discutir possibilidades de ações do bacharel em Educação Física na Atenção Básica. Vários atores elevaram o nível do Congresso com suas ideias, culminado numa produção de enorme relevância para a Educação Física, que servirá de referência para profissionais, gestores e pesquisadores.

Com a perspectiva de promover a divulgação e aprofundar os conhecimentos nesta área, este livro foi organizado em sete capítulos. Cada capítulo traz uma temática diferente, iniciando com a importância do FENEPAS e seguindo com a apresentação de possibilidades de formação diferenciada para o bacharel em Educação Física, direcionada a atender às necessidades (ou demandas?) do SUS. Desse modo, o Capítulo 1, Contributo do FENEPAS para a integralidade na Saúde, escrito pela Profa. Dra. Vera Lúcia Garcia, descreve, de forma consistente, o caminho percorrido pelo Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FENEPAS),

desde sua criação e consolidação, finalizando com perspectivas para o futuro. Ressalta, particularmente, o objetivo do Fórum: contribuir com a mudança na formação das profissões da área da saúde, tendo como eixos norteadores a integralidade em saúde e a educação permanente.

O Capítulo 2, Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional, autoria da Profa M.Sc. Danielle Keylla Alencar Cruz e da Dra. Deborah Carvalho Malta, destacando os esforços no desenvolvimento de políticas públicas, programas e projetos de saúde pelo Ministério da Saúde. Enfatiza também os investimentos em programas de intervenção de atividades físicas no SUS, descrevendo o Programa Academia da Saúde.

O Capítulo 3, Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde, da Profa. Dra. Tânia R. Bertoldo Benedetti e da Profa M.Sc. Lucélia Justino Borges, apresenta um breve histórico sobre a inserção do profissional de Educação Física no SUS, apontando para a necessidade de melhor formação profissional. Os autores apresentam o currículo do Curso de Graduação em Educação Física da UFSC, ressaltando como se aproxima da prática no setor saúde.

O Capítulo 4, Metodologias ativas de ensino aprendizagem: O PBL e sua aplicabilidade em atividade física, lazer e saúde, do Prof. Dr. Ricardo Ricci Uvinha, retrata a metodologia de ensino Problem-based Learning (PBL) como uma possibilidade de ensino para o curso de bacharelado em Educação Física, destacando a importância do aluno e do tutor/professor. Por fim, relata a experiência desta metodologia nos cursos de Bacharelado em Ciências da Atividade Física e Bacharelado em Lazer e Turismo.

O Capítulo 5, Formação do bacharel em Educação Física frente à situação de saúde no Brasil, Prof. Dr. Douglas Roque Andrade, Evelyn Fabiana Costa, Prof. M.Sc. Leandro Martin Totaro Garcia e Prof. Dr. Alex Antonio Florindo, referencia um panorama da saúde no Brasil e, posteriormente, aponta desafios e sugestões para uma boa formação de profissionais de Educação Física para atuar no setor da saúde.

O Capítulo 6, O papel do profissional de Educação Física frente ao impacto global da atividade física, escrito por Prof. Dr. Diego Augusto Santos Silva, Prof^a. Eliane Cristina de Andrade Gonçalves, Prof. Esp. Gabriel Renaldo de Sousa, Prof^a. Esp. Heloyse Elaine Gimenes Nunes, aponta possibilidades de atuação do profissional de Educação Física no setor saúde, na Vigilância em Saúde e finaliza com a apresentação da página Saúde Baseada em Evidências.

O último Capítulo, Experiências da educação física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde, Profa. M.Sc. Sueyla Ferreira da Silva dos Santos, Prof. Dr. Mathias Roberto Loch, Profa. Rossana Arruda Borges, Profa. Maria Francisca dos Santos Daussy, inicia com breve contextualização do “Movimento pela Reforma Sanitária”. E, em seguida, sublinha a importância da formação do profissional de Educação Física para atuar no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os autores apontam, ainda, possibilidades de atuação (Academia da Saúde) e de formação (PET-Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde) do profissional em Educação Física na saúde pública.

Em resumo, o presente livro é uma das principais coletâneas conhecidas no Brasil, até o momento. Os textos servirão de ponto de partida para profissionais de Educação Física que pretendem conhecer mais sobre suas possibilidades no Sistema Único de Saúde.

Aldemir Smith Menezes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe
Programa de Pós-Graduação em Educação Física/UFS
Associação de Ensino da Educação Física para a Saúde

01

Capítulo

Contributo do FNEPAS para integralidade na saúde

Vera Lúcia Garcia ¹

¹ Fonoaudióloga; Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – campo fonoaudiológico UNIFESP-EPM; Representante da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS.

INTRODUÇÃO

O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS congrega entidades envolvidas com a educação e o desenvolvimento profissional da área da saúde e objetiva contribuir para a mudança na formação das profissões dessa área, tendo a integralidade em saúde e a educação permanente como eixos orientadores. Criado em julho de 2004, o FNEPAS conta com a participação atual da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino em Nutrição (ABENUT), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (ABRASCO), Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Rede Unida, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e, recentemente, em 2012, a Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFS), e a recém-criada, em 2013, a Associação Brasileira de Ensino em Biomedicina (ABEB).

O FNEPAS desenvolveu, entre 2006 e 2012, um projeto de cooperação técnica com o Ministério da Saúde, que previa a realização de oficinas regionais. Em dezembro de 2006, foi realizada a “Oficina Experimental”, com o tema *Construção da Integralidade: desafios contemporâneos*, no Rio de Janeiro, RJ, que teve como objetivo discutir o tema da integralidade, no contexto da formação e da prática profissional, identificando suas múltiplas dimensões e construindo um vocabulário comum para orientar

o trabalho do Fórum, além de, escolher representantes e comitês organizadores regionais para a construção das oficinas regionais, adaptadas às necessidades e possibilidades de cada região. Ruben Mattos, na ocasião, discutiu a integralidade, apontando para os diferentes sentidos da palavra. Indicou que, na maioria das vezes, o termo integralidade indica aspectos desejáveis nas práticas de saúde. Discutiu a importância da formação para a integralidade e a necessidade dos profissionais entrarem em contato com os sujeitos que interagem e a sua realidade vivida. Explicitou que “só se ensina a integralidade exercendo-a” (Mattos, 2004, p. 92). Discutiu também a integralidade como modo de organizar práticas que devem superar a fragmentação das atividades nos espaços de cuidado em saúde. Apresentou o sentido da integralidade agregado às políticas para um determinado problema de saúde ou grupo populacional (Pinheiro e Mattos, 2005).

A proposta original do projeto FNEPAS previa a realização de cinco oficinas nas cinco regiões do País - Norte, Sul, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste, com duzentos participantes, respectivamente, totalizando mil pessoas mobilizadas para a atividade. Entretanto, nesta Oficina Experimental, ficou estabelecido que o FNEPAS realizaria oficinas, nas seguintes regiões: Norte 1 (AM, AC, RR, RO) e Norte 2 (PA, AM, TO), Nordeste 1 (MA, PI, CE), Nordeste 2 (PB, PE, RN), Nordeste 3 (BA, AL, SE) Centro-Oeste, Sul, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro/Espírito Santo, conforme figura 1. As oficinas iniciais denominadas de ‘Oficinas de Sensibilização’ tiveram como objetivo ampliar a mobilização de docentes, estudantes, gestores e usuários, para impulsionar e estimular os processos de mudança na graduação, orientados pelas diretrizes curriculares nacionais de graduação, em particular, da área da saúde e sob a ótica da integralidade. Foram priorizados dois te-

mas: formação e atenção integral à saúde, tendo como referência a interação das profissões e a educação permanente. As oficinas nas diferentes regiões do País tiveram questões norteadoras, como: “O que nos leva a participar da construção da integralidade na atenção e no trabalho em equipe multiprofissional?” E “Quais as propostas para a qualidade da formação e do serviço que podem viabilizar a promoção da integralidade na atenção à saúde?”. O processo de realização das oficinas objetivou levar os participantes a refletir e formular possíveis estratégias de ações comuns; discutir como a fragmentação dos saberes das diversas profissões e, entre elas; criar um espaço de comunicação e aprendizado coletivo; identificar cenários de ensino-aprendizagem que privilegiassem a integralidade da atenção; identificar e fortalecer atores regionais para disseminação dos conhecimentos produzidos.

Segundo Lima e Pereira (2005), o sentido de integralidade, no FNEPAS:

“tem caminhado para a formação de redes de cuidados progressivos, em que a atenção se dê em todas as instâncias de atendimento e por todas as profissões de saúde. Estas têm como desafio o desenvolvimento da multi e da interdisciplinaridade, descobrindo, dentro de cada ciência, novos fazeres profissionais, buscando uma atenção em saúde mais próxima das necessidades da população, que minimize o sofrimento dos indivíduos e proporcione o exercício da cidadania” (Lima e Pereira, 2005, p.18).

Após as oficinas de sensibilização foram realizadas oficinas denominadas de aprofundamento em temáticas específicas, delineadas a partir da demanda das oficinas de sensibilização com os seguintes temas: trabalho em equipe; metodologias ativas de ensino aprendizagem; diretrizes curriculares nacionais de graduação da área da saúde e os processos de mudanças na graduação: competências gerais; e integração ensino-serviço-comunidade.

Em todo o período do projeto, foram realizadas 154 atividades, que envolveram 11.148 participantes de diferentes profissões da área da saúde e de diferentes grupos envolvidos (membros do quadrilátero), evidenciando a importância e necessidade de espaços para a discussão da temática.



Figura 1. Regiões para Realização das Oficinas de Sensibilização.

Para Mattos (2001), pode-se dizer que a integralidade é

“numa primeira aproximação, uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz” (Mattos, 2001, p. 39).

Para Pinheiro (s/d), a integralidade é *“um conjunto articulado e contínuo das ações e de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”* Para a autora, a integralidade impacta quando se atinge a resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços.

Com a implantação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, publicadas a partir de 2001, os currículos da área da saúde devem buscar uma articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), diversificar os cenários de aprendizagem, utilizar uma concepção ampliada de saúde, indicada pelo próprio sistema de saúde vigente e incluir a dimensão do cuidado na prática profissional, além das dimensões ética, humanista e crítico-reflexiva. A integralidade passa a ter importância fundamental, uma vez que favorece a ampliação e o desenvolvimento da dimensão

cuidadora, possibilita atendimento, contextualizado dentro da realidade de cada comunidade ou usuário; propicia maior comprometimento dos profissionais com o seu trabalho e com sua equipe; prolifera o trabalho em equipe, dá maior responsabilidade pelos resultados das práticas de atenção junto à equipe e incorpora o usuário como participante deste processo; problematiza os saberes dos diversos atores; propicia o acolhimento e o vínculo profissional com o usuário e equipe; favorece práticas inovadoras; potencializa o desenvolvimento de competências gerais dadas pelas diretrizes curriculares nacionais da área da saúde e fortalece os processos de educação permanente (Ceccim, e Feuerwerker, 2004; Machado et al. 2007).

PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

A discussão realizada nas oficinas de sensibilização e, principalmente, nas oficinas de aprofundamento do FNEPAS, trouxe à discussão que a simples justaposição da ação das diferentes profissões não dá conta da complexidade do cuidado, havendo necessidade de se combinar níveis de conhecimentos e práticas em saúde, assim como a necessidade de compartilhar competências e ações entre as diferentes profissões. A discussão traz à tona a questão do trabalho em equipe, a discussão dos diferentes papéis profissionais; a questão da liderança, solução de problemas e tomada de decisão pelo profissional e equipe.

Em muitas experiências desenvolvidas no contexto do SUS, percebe-se o esforço na formulação e desenvolvimento do trabalho em equipe, orientado pelas necessidades dos usuários e não mais na fragmentação das ações técnicas específicas de cada

profissão, no entanto, esta prática ainda não é a mais frequente. No documento da Organização Mundial de Saúde, traduzido para o português em 2010, discute-se a importância do trabalho interprofissional, apontado nas reflexões realizadas nas oficinas do FNEPAS, particularmente nas oficinas de aprofundamento. Discute-se a importância do trabalho colaborativo voltado para responder as necessidades de saúde locais. A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde (OMS, 2010 p. 13). A prática colaborativa ocorre

“na atenção à saúde quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades, para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13).

São descritos, no documento da OMS, como benefícios educacionais que os alunos apresentam experiências do mundo real e possibilidade de resolução de problemas, além de aprenderem sobre o trabalho de outros profissionais. No que se refere aos benefícios para as políticas de saúde, há melhoria das práticas e produtividade no ambiente de trabalho; dos resultados dos pacientes; aumento da confiança dos trabalhadores da saúde e na segurança dos pacientes. (OMS, 2010).

Seguem como pauta atual do FNEPAS as temáticas da formação interprofissional e a prática colaborativa, práticas que podem

avançar na formação das profissões da área da saúde, tendo a integralidade em saúde e a educação permanente como eixos orientadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 2004, v. 20, n. 5, p. 1400-1410.

LIMA, A.; PEREIRA, L. A. **Articulação e Parceria na construção de mudança na graduação** Boletim Informativo da Rede Unida. 2005, v. 20, n. 44, p. 18.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L.M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, v. 12, n. 2, p. 335-342.

MATTOS, R. Integralidade como eixo da formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2004, v. 28, n. 2, p. 91-92.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões

acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. WHO/HRH/HPN: 2010.

PINHEIRO R. **Integralidade em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html> Acesso em 10/09/2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ UERJ/Abrasco, 2005.

02

Capítulo

Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional

Danielle Keylla Alencar Cruz¹
Deborah Carvalho Malta²

1 Professora de Educação Física, mestre em saúde pública, consultora técnica do Ministério da Saúde na área de Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde.

2 Médica, doutora em Saúde Coletiva, diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.

INTRODUÇÃO

A saúde é “direito de todos e dever do Estado” (CF, 1988). A promulgação da Constituição Federal, incluindo a saúde como um direito, redefiniu as prioridades das políticas do Estado em relação à saúde pública (Brasil, 2011).

O Sistema Único de Saúde brasileiro foi criado pela CF de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei 8.142/90, que trata da participação e controle social no SUS (Brasil, 1990 a e b).

O SUS organiza-se como uma rede regionalizada e hierarquizada em todo o Brasil, com responsabilidades compartilhadas entre as esferas de gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União, inclusive no seu financiamento.

No percurso de mais de 20 anos de existência, o SUS passou por várias estruturações com vistas a garantir seus princípios e diretrizes, especialmente a universalização e a equidade nos serviços, financiamento e ações de saúde.

Neste caminhar, destacam-se programas que demarcam essa política pública, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família, criada nos anos 90, principal programa da atenção básica.

No âmbito da institucionalização das ações no SUS, o nosso destaque é para a promoção da saúde, fortalecida com a publicação, em março de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS aponta como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade aos riscos à saúde. Destaca a necessidade de serem incorporados no processo

de produção da saúde Determinantes Sociais, como habitação, trabalho, renda, transporte, etc, elementos que incidem concretamente na saúde de indivíduos e coletividades.

Como diretriz e intencionalidades no SUS, a PNPS apresenta oito ações específicas, inicialmente pensadas para o biênio 2006-2007, mas que caracteriza atualmente sua implementação. São elas: divulgação e implementação da PNPS, que abrange a criação de espaços de discussão e formação, bem como mobilizações nacionais; desenvolvimento sustentável; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; alimentação saudável práticas corporais/atividade física.

A ação “práticas corporais/atividade física” é o principal tema deste capítulo. Nele, abordaremos o percurso de fortalecimento desta ação no SUS, as estratégias desenvolvidas nos âmbitos da pesquisa, formação, financiamento e mobilização em torno do tema. Discutiremos como essa ação prioritária da PNPS inseriu-se definitivamente na vigilância em saúde e na atenção básica no formato de programa de promoção da saúde.

O FOMENTO A PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA NO SUS

No Sistema único de Saúde, as ações de fomento às atividades físicas remontam a PNPS. Antes da sua publicação, iniciativas de grupos de caminhada já ocorriam nas Unidades Básicas de Saúde como prática de um programa chamado Hiperdia, lançado em 2002, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de cadastrar

e acompanhar pacientes diabéticos e hipertensos assistidos na atenção básica.

Porém, pode-se dizer que, a partir de 2003, com o lançamento da Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (EG), a atividade física ocupou posição de destaque nas discussões sobre a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (OMS, 2004).

A importância das recomendações internacionais para a prevenção da DCNT e a necessidade de um posicionamento brasileiro frente a esta questão, contribuíram para que, no Ministério da Saúde, a partir de 2004, as discussões sobre Promoção da Saúde e a elaboração de uma política passassem a ser realizadas sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), responsável pela produção e análise de informações relativas à morbimortalidade no País por DCNT, dentre outras coisas.

Na SVS, já em 2005, antes da publicação da PNPS, várias ações foram realizadas. Uma delas foi a instituição do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, com representantes de várias áreas da Secretaria de Vigilância em Saúde, incluindo o Departamento de Análise de Situação da Saúde, responsável pela coordenação do Comitê, e todas as demais Secretarias do Ministério da Saúde, além de representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Dentre os objetivos desse Comitê está a consolidação da PNPS e da sua Agenda Prioritária 2005-2007, na qual figuram as Práticas Corporais/Atividade Física (Ministério da Saúde, 2005).

Nesse mesmo ano, o tema da atividade física já chamava atenção do Ministério da Saúde. O Programa Academia da Cidade

do Recife foi a experiência da Atividade Física apresentada no Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, realizado em Brasília, em setembro de 2005.

Outra ação que marcou a forma de custeio das ações prioritárias da PNPS foi a publicação da Portaria nº 2.608/2005, que descentralizou mais de sete milhões de reais para as 27 capitais, Estados e o Distrito Federal desenvolverem ações de prevenção do tabagismo e de promoção da alimentação saudável e atividade física, em consonância com a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde, lançada em 2004 (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2006, a PNPS é publicada. Os repasses financeiros aos Estados e Municípios foram dirigidos à realização de projetos ou programas no âmbito das sete ações prioritárias dessa política. Nesse mesmo ano, o repasse de recursos contemplou 132 municípios com o Edital nº 2, de 11 de setembro. No ano seguinte, foram contemplados 207 municípios também por meio de Edital (Brasil, 2006, Malta & Castro, 2009).

A valorização da ação de práticas corporais/atividade física na implementação da PNPS deveu-se a duas questões: a grande adesão dos municípios a esta ação e as informações advindas do inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para as DCNT, chamado VIGITEL, responsável por monitorar na população de 18 anos e mais das capitais brasileiras, comportamentos favoráveis ou não ao desenvolvimento dessas doenças. No VIGITEL, um bloco de perguntas sobre a prática de atividade física calcula o tipo, o tempo e a frequência com que as pessoas praticam ou se não praticam em nenhum dos domínios estudados: tempo livre, deslocamento para o trabalho, no trabalho e nas tarefas

domésticas. O VIGITEL de 2006 já apresentava uma situação interessante: homens praticam mais atividade física suficiente (17,8%) no lazer do que mulheres (11,9%)³. No geral, a prática de atividade física suficiente no lazer teve baixa prevalência na população (Ministério da Saúde, 2007).

As informações do VIGITEL alertaram o Ministério da Saúde para a necessidade de aumentar a prevalência da prática de atividade física na população brasileira. E isto refletiu em novos repasses de recursos financeiros para estados e municípios desenvolverem as ações da PNPS, e em ações de comunicação social de repercussão nacional.

As ações de promoção dos fatores de proteção para as DCNT exigiam alcance amplo e articulação intersetorial para sua realização. Em 2007, o Ministério da Saúde liderou a elaboração e o lançamento do Plano Nacional de Atividade Física, que teve o Ministério do Esporte como principal parceiro. O Plano previa a atuação do governo federal em cinco eixos: liderança na promoção da Atividade Física no País, disseminação de informações para a população, estímulo a projetos de práticas corporais/atividade física nos municípios, parceria para a construção de intervenções no espaço urbano e monitoramento e avaliação. O Plano foi reeditado em 2011, como parte da campanha do Dia da Qualidade de Vida (Ministério da Saúde, 2011).

Em 2008, a SVS discutiu junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CONASEMS) a ampliação

3 Considerou-se atividade física suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana, ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana.

dos incentivos para a promoção da saúde, entre eles, as ações de práticas corporais/atividade física. A orientação foi articular todas as ações da PNPS e ampliar o número de entes federados contemplados. Assim, foi lançada a Portaria nº 79, em 23 de setembro do mesmo ano. Essa Portaria descentralizou mais de R\$ 27 milhões de reais para a promoção de 523 entes federados, formando um conjunto de municípios que implementavam ações de promoção da saúde no SUS (Ministério da Saúde, 2008).

Uma inovação iniciada com a Portaria de 2008 foi a exigência das ações prioritárias da PNPS serem implementadas de forma a integrar a vigilância, promoção da saúde e prevenção das DCNT em articulação com a Estratégia de Saúde da Família, numa clara iniciativa de fortalecimento da atuação no território e da Atenção Básica como organizadora do cuidado. Desta vez, em uma única portaria, concentraram-se todas as ações da PNPS para definição dos municípios, estados e Distrito Federal sobre em qual(ais) ação atuar.

Em 2009, a Portaria nº 139, de 11 de agosto, descentralizou mais de R\$ 50 milhões para 1.254 entes federados, contemplando a mesma intencionalidade da integração entre a Vigilância e a Atenção Básica. Essa Portaria ampliou significativamente o número de projetos de promoção da saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 2009).

A cada ano, o crescimento do número de projetos no Brasil exigia estratégias de monitoramento dos mesmos.

Em 2006 e início de 2007, foram enviados questionários auto-aplicáveis aos gestores municipais e estaduais com projetos contemplados. A baixa devolução dos mesmos e a dificuldade em compreender o texto de algumas respostas foram alguns dos problemas que comprometeram a quantidade e qualidade

da informação. Assim, em 2008, o Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) agilizou esse processo com a elaboração de um formulário no sistema FORMSUS na base do DATASUS/MS, com acesso on-line. O DASIS passou a administrar os links de cada formulário e disponibilizá-los aos estados e municípios envolvidos nos editais e portarias da promoção.

A melhoria da qualidade da informação permitiu verificar arranjos locais que apontavam para questões que foram centrais nas discussões que se iniciaram em 2010, em torno de um programa nacional de atividade física, entre elas, a preferência pelo eixo das Práticas Corporais/Atividade Física da PNPS e a articulação com a Atenção Básica. Além disso, numa análise dos questionários de 2006 e 2007, foi possível identificar que 53% dos projetos de atividade física eram novos, demonstrando a contribuição da iniciativa do MS para o aumento desta prática no SUS (Ministério da Saúde, 2013).

Entre janeiro e maio de 2010, os municípios que receberam incentivos para implantação da ação Práticas corporais/atividade física da PNPS, nos anos de 2005 a 2008, foram convidados a preencherem um formulário eletrônico. Dos 459 entes convidados, 225 (49%) responderam. Dentre as informações, destacaram-se a articulação com a Estratégia de Saúde da Família (94,2%) e a alta aprovação dos projetos nos Conselhos Municipais de Saúde (91,6%) (Knuth et al, 2010).

Entre outubro de 2010 e janeiro de 2011, foi realizado um inquérito telefônico com os municípios e estados que receberam, em 2009, recursos financeiros para ações da PNPS. Foram entrevistados 991 municípios de 9 estados, representando 66,7% do total dos entes federados daquele ano. Do total, 748

(74,8%) entes federativos informaram implementar programas de Práticas corporais/Atividade física. Dentre os resultados, esse grupo informou que o sucesso do programa ou projeto dependia de boas estruturas físicas (35,4%) e clima agradável (38,2%). As atividades desenvolvidas sistematicamente nos projetos de AF eram: caminhada, alongamento, aulas de ginástica, avaliação física e dança, com maior prevalência dos três primeiros. Essas informações evidenciaram a importância do espaço físico, adequado e protegido das influências climáticas, como temperatura, chuva, etc, e indicaram o conjunto preferencial de atividades físicas e práticas corporais oferecido nos projetos (Amorim et al, 2013).

Em 2010, a Portaria nº 184, de 24 de junho, fecha o ciclo de custeio das ações de promoção da saúde por meio de editais e portarias atrelados à seleção de projetos (Ministério da Saúde, 2010).

A partir de 2011, os repasses financeiros para ações de Práticas corporais/Atividade física são atrelados ao Programa Academia da Saúde, com o objetivo de fortalecê-lo no SUS.

Ao final dos repasses no período de seis anos, foram descentralizados mais de R\$ 170 milhões para implementação das ações da PNPS, que contemplaram os 27 estados e 1.465 municípios, de todas as regiões do País. Desse total, 1.079 entes federativos possuíam o eixo das Práticas corporais/Atividade física como exclusivo ou como destaque na combinação com outros eixos da PNPS.



Figura 1. Mapa da distribuição regional de municípios com projetos de Práticas Corporais/Atividade Física em 2010.

Paralelo aos repasses que aconteciam anualmente para ações de promoção da saúde, o Ministério da Saúde organizou eventos para discutir as ações de práticas corporais/atividade física, sendo o primeiro deles realizado em Brasília, em 2006, que congregou experiências exitosas de vários lugares do País. Na oportunidade foram apresentados ao Ministério da Saúde programas desenvolvidos em São Paulo (Agita São Paulo), Curitiba (CuritibAtiva), Recife (Academia da Cidade) e Aracaju (Academia da Cidade).

Outra preocupação, ao longo dos anos de 2006 a 2009, foi a

formação dos gestores municipais e estaduais de saúde no monitoramento e avaliação dos programas implementados, com o objetivo de serem produzidas evidências que fortalecessem as práticas corporais/atividade física como ação de saúde inserida no SUS.

Com o apoio do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, de 2007 a 2009, os coordenadores locais dos programas eram convidados para o Curso Internacional em Avaliação de Programas de Atividade Física, que ocorria em Brasília. O conteúdo do curso era diversificado e contemplava o uso do modelo lógico para implementação de projetos e programas de atividade física; as DCNT, seus fatores de risco e proteção; os desafios à estruturação de ações intersetoriais no contexto da atividade física; a importância da avaliação e monitoramento das ações para construção de advocacy (defesa de interesse, ideia) no SUS; além da participação de convidados de programas dos Ministérios do Esporte, Cidades, Educação e da Saúde, apresentando as iniciativas e divulgando editais de repasse de recursos financeiros. O alinhamento com os programas de outros Ministérios tratava do fortalecimento das ações de Promoção da Saúde nos municípios por meio da intersetorialidade e potencialização mútua das iniciativas locais para desenvolvimento de programas e projetos.

O aumento anual do quantitativo de municípios contemplados com incentivos dos editais e portarias dificultou a realização de novos cursos presenciais. Como alternativa à questão, foi definida a realização de cursos de educação a distância.

Em 2009, a SVS conviniu com a Universidade de Brasília edições do curso *EAD em Promoção da Saúde para Gestores do SUS*, com o objetivo de instrumentalizar esses atores para fomen-

to e apoio às ações locais da Promoção da Saúde. A construção do modelo lógico para o planejamento de ações e avaliação das iniciativas continuou com destaque na formação. Nas três edições realizadas nos anos de 2010 e 2011, esse EAD formou 1.500 gestores de todas as regiões do País.

Outra estratégia definida pelo MS foram as ações de comunicação e mobilização sociais para a prática de atividade física. Já em 2005, foi realizado, em Brasília e outras capitais, o Brasil Saudável, que abordou a temática da Estratégia Global da OMS. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou o programa Pratique Saúde, que promoveu destaque à atividade física na prevenção das doenças do coração.

Em 2008, o Ministério da Saúde retomou as ações de comunicação social para a prática de atividade física, desta vez atrelada ao tema do Dia Mundial da Saúde. Brasília foi novamente a sede do evento, desta vez com o tema *Entre para o time onde a saúde e o meio ambiente jogam juntos*. Todos os municípios que receberam incentivos financeiros para ações da PNPS foram mobilizados para realização de atividades locais.

No ano seguinte, próximo ao Dia Mundial da Saúde e Dia Mundial da Atividade Física, o Rio de Janeiro sediou a campanha do MS com o tema *Atividade física é tão simples que você faz brincando*, que teve como objetivo aproximar a prática de atividade física do cotidiano das pessoas, destacando o aspecto prazeroso e as várias possibilidades de sua realização.

A necessidade de envolver outros aspectos da Promoção da Saúde orientou o evento de 2010, realizado em Recife, que teve como tema *Qualidade de Vida e a Cidade*, que conclamou os municípios a *fazerem mais pelas pessoas e pelas cidades*. Trânsito, alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, foram

trabalhados nas tendas temáticas que contaram com a participação da população local e de profissionais da saúde, educação e esporte, a exemplo das edições anteriores do evento.



Figura 2. Campanhas de atividade física e promoção da saúde desenvolvidas pelo MS.

Apesar das ações institucionais de repasse de recurso, formação de gestores e trabalhadores do SUS, em promoção da saúde e realização de ações de comunicação social contribuírem para o fortalecimento da prática de atividade física no SUS, faltava outro elemento, fundamental para pautar a atividade física nas discussões da política de saúde: a produção de evidências científicas.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde articulou-se com o CDC dos Estados Unidos, universidades federais brasileiras de São Paulo, de Pelotas, do Paraná, de Minas Gerais e de Sergipe e a Universidade de Saint Louis, EUA, e implantou no Brasil o Projeto Community Guide (Guia da Comunidade), que consiste

na avaliação de experiência, projetos e programas comunitários, na busca de evidências do efeito desses no aumento nos níveis de atividade física dos sujeitos participantes.

O interesse do CDC no Brasil deveu-se à existência de experiências reconhecidas internacionalmente, como o Agita São Paulo e o Programa Academia da Cidade do Recife, e pela pouca publicação de evidências brasileiras nesta área, apesar da riqueza e diversidade das práticas existentes.

Foi constituído um grupo de pesquisadores das instituições mencionadas para elaborar um desenho de estudo avaliativo e aplicá-lo nas experiências em andamento no País, que possuíam solidez institucional.

Em 2007, o Programa Academia da Cidade do Recife foi a primeira experiência avaliada. O método de pesquisa utilizado permitiu a abordagem quantitativa e qualitativa e constou de inquérito telefônico, aplicação de questionário com usuários e não usuários e com profissionais do Programa numa amostra dos polos. Complementar ao estudo foi aplicado o SOPARC (Sistema de Observação de Atividades Físicas e Recreativas na População), instrumento utilizado para mensurar, por meio de contagem de evento, a forma de utilização dos espaços de lazer pelas pessoas em relação à intensidade da atividade física.

As evidências positivas encontradas em Recife fortaleceram a realização dos estudos programados em Aracaju (Academia da Cidade), Curitiba (Programa CuritibaAtiva), Belo Horizonte (Academia da Cidade) e Vitória (Serviço de Orientação ao Exercício). Ao longo de três anos ininterruptos de pesquisa, o Projeto GUIA contribuiu para consolidar o método de pesquisa de programas de atividade física de base populacional e proporcionou a combinação com estudos complementares, como o método de

estudo do ambiente e a influência na prática de atividades físicas. Mas, como maior contribuição, evidenciou que os programas avaliados são efetivos no aumento dos níveis de atividade dos participantes (Knuth et al, 2010).

Os resultados dos estudos foram amplamente divulgados em revistas nacionais e internacionais. Porém, vale aqui destacar particulares em relação às experiências avaliadas que foram observadas pelo MS. Apesar de serem desenvolvidas em diferentes regiões do País e possuírem estruturas físicas e funcionamentos diversos, características em comum podem ter contribuído para o aumento do nível de atividade física dos seus participantes e promovido o reconhecimento positivo pela população. Entre elas: a. São programas públicos, sem taxa e de base populacional; b. Existem há mais de cinco anos, sobrevivendo à mudança de gestão municipal; c. Estão em processo ou consolidaram-se nas suas respectivas políticas (Esporte ou Saúde) locais; d. Possuem pouca ou nenhuma barreira para a participação e, e. Priorizam atividades coletivas.

O sucesso das pesquisas ajudou a renovar a parceria do MS com algumas das universidades que participaram do Projeto GUIA. Desde 2011, está em desenvolvimento sob a coordenação da Universidade Federal de Pelotas, um estudo da implantação do Programa Academia das Cidades, baseado na experiência de Recife, coordenado pela Secretaria Estadual das Cidades de Pernambuco, que está expandindo o Programa para todos os 181 municípios e o território de Fernando de Noronha.

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: CONTEXTO E DIRETRIZES NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO

Em 2010, o Ministro da Saúde pautou na agenda a elaboração de um programa de atividade física ligado à Atenção Básica. O acúmulo de seis anos de atuação no fomento à prática de atividade física no País conferiu à SVS expertise nessa discussão. Com a mesma importância, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) se fez presente com a responsabilidade de contextualizar a proposta do Programa nos territórios de saúde na Atenção Básica.

A elaboração do programa teve como marco teórico a PNPS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS e a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008, 2010, 2012).

As discussões com os programas existentes e atuantes no território, como o Programa Saúde na Escola, e com as evidências produzidas na avaliação de projetos de atividade física no País e os resultados do VIGITEL, dialogaram com esse referencial teórico e foram contextualizados num SUS que, naquele momento, já se organizava em redes, preconizando pontos de atenção intercomunicáveis, com a Atenção Básica no centro dessa comunicação, por ser considerada o primeiro nível do cuidado. Nesta perspectiva, destacam-se entre os equipamentos de saúde do território, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, entre os programas, a Estratégia de Saúde da Família.

O NASF, instituído para “ampliar a abrangência do escopo e das ações de atenção básica”, traz em sua compreensão a multiprofissionalidade como necessária à sua atuação no território,

primando o compartilhamento de conhecimentos e da atuação profissional na produção do cuidado.

À luz dessas orientações e das diretrizes das duas políticas nacionais de referência, percebeu-se que o programa a ser inserido no universo da Atenção Básica, essencialmente, deveria ser complementar ao cuidado e promotor de práticas voltadas para construção de modos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva das pessoas. Desta forma, era exigido ao programa proposto uma diversidade de práticas e abordagem multiprofissional para ser possível aproximá-lo e inseri-lo na complexidade que é a produção da saúde no território e, assim, vislumbrar a construção das mudanças necessárias à promoção da saúde.

No conjunto das reflexões e decisões, constava a informação captada no FORMSUS e no inquérito telefônico de 2010/2011, aplicados no conjunto dos municípios com incentivos para as Práticas corporais/Atividade física da PNPS, de que uma demanda local era espaço físico para realização de atividades “pouco convencionais” em relação às realizadas na rotina das UBS.

Em 07 de abril de 2011, é publicada a Portaria nº 179, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

Com o objetivo principal de “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis”, o Programa Academia da Saúde nasce com elementos e estruturas fundantes garantidos: recursos financeiros para a construção do espaço físico e para contratação dos profissionais para sua realização.

Inserido no território de saúde e referenciado à ESF e ao NASF, o Programa constitui-se numa das portas de entrada na rede de saúde, sendo corresponsável pela produção do cuidado e prevenção dos riscos à saúde. Avança em relação ao escopo de programas exclusivos de atividade física e traz, além dessa atividade, as práticas corporais (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros); educação em saúde; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); segurança alimentar e nutricional, entre outras, que compõem o conjunto de atividades desenvolvidas no Programa Academia da Saúde.

O planejamento das atividades coletivas no Programa está previsto como responsabilidade do Grupo de Apoio à Gestão do polo, formado pelos profissionais do Programa, da ESF, do NASF, de outros setores da gestão pública e da comunidade, para garantir um conjunto mínimo a ser desenvolvido no polo, relacionado às intencionalidades do Academia da Saúde na Atenção Básica – que são a complementariedade e produção do cuidado, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e a inclusão de outras atividades afins aos seus objetivos e que reflitam a expectativa da comunidade e/ou sua identidade cultural em relação às práticas de saúde concernentes à promoção da saúde (Brasil, 2013).

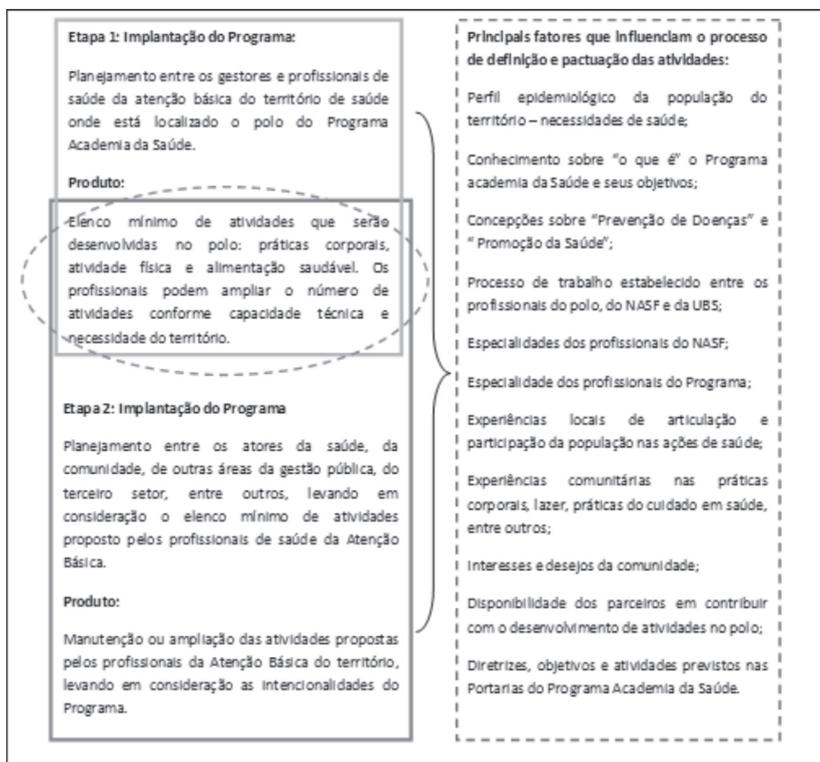


Figura 3. Esquema do compartilhamento de responsabilidade no planejamento das atividades do Programa Academia da Saúde.

Como programa da Atenção Básica, está disposto nos sistemas de informação para monitoramento das ações neste nível do cuidado, que tem ligação direta com a execução cotidiana dos profissionais de saúde.

A implementação do Programa Academia da Saúde exige do Ministério da Saúde atuações complementares à publicação das portarias com diretrizes, objetivos e liberação de recursos financeiros para construção dos polos e custeio dos profissionais de saúde.

Uma iniciativa no âmbito da comunicação social foi divulgar o Programa no Dia Mundial da Saúde, em 2013, numa ação conjunta do Ministério da Saúde com as secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais, com destaque para as cidades sedes da Copa do Mundo de 2014, foco da divulgação de iniciativas relacionadas ao imaginário do evento futebolístico.

Outra ação retomada em 2013 pela SVS, em parceria com a SAS, foi o curso a distância de promoção da saúde para gestores do SUS, incluindo, no conteúdo didático, um módulo sobre o Programa Academia da Saúde, procurando esclarecer e instrumentalizar os gestores na sua implementação e acompanhamento locais. Também serão elaborados fascículos temáticos que abordarão a construção, o funcionamento, a atuação dos profissionais, a escolha ótima do local do polo e o favorecimento da acessibilidade ao espaço do Programa, numa linguagem técnica e acessível aos gestores públicos, especialmente os da saúde.

A SVS elaborou formulário específico no FORMSUS para ser aplicado nos estados, para conhecimento das estratégias utilizadas para apoio à implementação do Programa, e nos municípios contemplados com polo do Programa, priorizando informações relativas à sua sustentabilidade local, as barreiras para realização das ações previstas na Portaria nº 179/2011; faixas etárias atendidas; vínculo dos profissionais; funcionamento; ações de educação permanente para os profissionais da atenção básica e instrumentos de monitoramento e avaliação utilizados. O objetivo é complementar as informações do e-SUS⁴ e formar

4 e-SUS é um software da Atenção Básica utilizado pelos profissionais de saúde para inserção e consulta de dados sobre os usuários de SUS e as ações realizadas no trabalho. As ações do Programa Academia da Saúde também são inseridas.

um conjunto de dados que possam auxiliar a gestão federal em decisões futuras.

Apesar de novo, principiando sua inserção no SUS, a agenda do Programa Academia da Saúde é longa e sólida, pois configura no Eixo II do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, como uma das iniciativas para aumento da atividade física na população (Brasil, 2010).

A meta do Ministério da Saúde é de 4 mil polos do Programa implantados até 2014. As amarrações institucionais e, sobretudo, o fortalecimento da Atenção Básica, certamente promoverão o alcance dessa meta, além de proporcionar avanços na sua implementação, apontando perspectivas e construindo novas tecnologias no “fazer saúde”, com vistas à promoção da saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Tales C., Knuth, Alan G., Cruz, Danielle K. A., et al. **Descrição dos programas municipais de promoção de atividade física financiados pelo Ministério da Saúde.** Rev. Bras. Ativ. Fis. & Saúde. Pelotas/RS, 18(1):63-74, Jan/2013. p. 63-74.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, v. 1. Brasília : CONASS, 2011. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de DCNT e Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde: elementos para sua implementação nos municípios**. Fascículo I- Gestão. Brasília, 2013. No Prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2010-2022**. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Atividade Física, 2011**. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_atividade_fisica.pdf> acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012**. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 14 de julho de 2005. **Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde e dá outras providências**. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p1190.pdf>>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 139, de 11 de agosto de 2009. **Estabelecer mecanismo de repasse financeiro do Fundo**

Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0139_11_08_2009.html>. Acesso em: 22 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 179, de 7 de abril de 2011. **Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde.** Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>. Acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005. **Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.** Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2608.htm>>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde.** Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 11 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 79, de 23 de setembro de 2008. **Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008.** Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0079_23_09_2008.html>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil.** Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_progr_at_fisica.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. **Produção: Núcleo de Comunicação. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância dos fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2007. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde**, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde.. Portaria 184, de 24 de julho de 2010. **Estabelecer mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_184_2010_ms_svs_cgdant.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para promoção, Prevenção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.** Disponível em:< <http://>

www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

KNUTH, Alan G., MALTA, Deborah C., CRUZ, Danielle K. A. et al. **Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas.** *Rev. Bras. Ativ. Fís. & Saúde.* v. 15, n. 4, 2010.

KNUTH, Alan G., SIMÕES, Eduardo, REIS, Rodrigo S., et all. **Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas.** Cap. 17. In. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2010.

MALTA, Deborah C., CASTRO, Adriana M. **Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.** *Rev. Educ. Profissional.* Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009. Biblioteca Técnica do Senac.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** 57ª Assembléia Mundial de Saúde. Trad. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Brasília, 2004. 23 p. Disponível em:< <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>>. Acesso em: 17 de agosto de 2013.

03

Capítulo

Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde

Tânia R. Bertoldo Benedetti¹
Lucélia Justino Borges²

¹ Professora Doutora de graduação e pós graduação em Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (Resolução 218/97), há 16 anos, incluiu a Educação Física entre as profissões da saúde em área de conhecimentos específicos para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (Brasil, 1997). E, na regulamentação da profissão (Lei nº 9696/98), definiu-se um novo olhar para a área de conhecimento, ampliando a profissão com mais visibilidade tanto social quanto acadêmica.

Essa inserção acompanha uma longa luta, e atualmente dispomos de espaços de atuação específicos do Profissional de Educação Física (Benedetti; Santos, 2012). O crescimento não se restringe ao setor privado, embora seja observado aumento do número de profissionais de Educação Física nas clínicas de reabilitação, nas empresas, nas academias, nos clubes, no atendimento personalizado ou atuando em equipe multiprofissional nos planos de saúde, entre outras propostas de prevenção a doenças e de promoção à saúde. Além disso, a área da saúde permite integrar-se seja com a Educação, o Lazer, o Esporte ou a Assistência Social (Mazo et al, *no prelo*).

No setor público, a profissão vem se consolidando. Os hospitais, centros de referência (Saúde Mental, Reabilitação e Assistência Social), as policlínicas, as Unidades Básicas de Saúde, as academias da saúde e as penitenciárias são alguns dos locais públicos possíveis para a atuação do profissional de Educação Física. Destaca-se que as atividades desenvolvidas por estes profissionais, nas Equipes de Saúde da Família (ESF), foram incluídas pelo Projeto de Lei do Deputado Ernandes Amorim (nº 3513/08). Este projeto determina que o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada esfera de governo (municipal, estadual

ou federal) definirá a forma de inserção e de participação dos profissionais de Educação Física nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), de acordo com as necessidades de saúde da população que estão sob sua responsabilidade (Benedetti; Santos, 2012).

A partir deste momento histórico, muitos municípios abriram espaços para os profissionais de Educação Física, seja por meio de concursos ou por contratação direta. Dentre eles, podemos destacar o Município de Florianópolis, pela criação de vagas no quadro de servidores efetivos tanto no Município quanto no Estado. Em 2008, foi aberto concurso na Secretaria Municipal de Saúde e contratados profissionais de Educação Física, que começaram a atuar nas diferentes Unidades Básicas de Saúde dos cinco distritos sanitários (Borges, 2009).

Em janeiro de 2008, foi publicada a portaria do Ministério da Saúde (nº 154), republicada em março de 2008, criando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos foram criados para atender à inserção de outras áreas junto aos profissionais da Atenção Básica. Dentre as profissões que podem compor o NASF estão: farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, profissional da Educação Física, médico ginecologista, médico sanitarista, médico geriatra, médico pediatra, médico psiquiatra, médico homeopata, médico acupunturista, médico do trabalho, médico veterinário, fonoaudiólogo, assistente social e profissional com formação em arte e educação (arte educador) (Brasil, 2011; Brasil, 2008).

Os gestores locais de saúde, ao implantar os NASFs, criam a possibilidade dos profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuarem em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos diferentes territórios que estão na

responsabilidade das ESF. Como em todos os campos de atuação profissional, espera-se que o profissional de Educação Física que atuar no NASF seja um profissional com conhecimentos, que tenha habilidades e atitudes, que seja comprometido e que conheça o SUS para interagir com a comunidade, trabalhando na resolução dos problemas e possibilitando o envolvimento da comunidade nas ações programadas pelas equipes (Coutinho, 2011).

Os profissionais de Educação Física que atuarem no NASF com os outros profissionais devem reforçar as nove diretrizes na atenção à saúde: interdisciplinaridade; intersetorialidade; educação popular; território; integralidade; controle social; educação permanente em saúde; promoção da saúde; humanização. Além disso, os profissionais devem atuar seguindo as áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescentes e do jovem; saúde da mulher; assistência farmacêutica (Brasil, 2013a).

Contudo, essa expansão dos campos de intervenção profissional e suas diferentes áreas (educação, saúde e esporte) motivaram a divisão da Educação Física em dois cursos: Licenciatura e Bacharelado (Brasil, 2004). Na licenciatura, o profissional deve ser capacitado para o pleno exercício no componente curricular Educação Física na Educação Básica (infantil, fundamental e médio) e profissional, em suas exigências na inserção social da escola, domínio de teorias e processos pedagógicos (ensino-aprendizagem), domínio de teorias do desenvolvimento dos indivíduos em idade escolar (Fensterseifer et al., 2005a). No bacharelado, o profissional deve ser capacitado para o pleno exercício nos campos de intervenção na avaliação e prescrição de exercícios, atividade física para a promoção da saúde e na gestão

e treinamento desportivo (Fensterseifer et al., 2005b). A partir desses novos campos de atuação que foram criados, pergunta-se: Será que os cursos de Educação Física têm preparado os alunos do bacharelado para atuarem na área da saúde? Os cursos estão oferecendo disciplinas que fundamentam esta atuação?

NOSSOS CURRÍCULOS E A APROXIMAÇÃO COM O ENSINO E O SERVIÇO NO SETOR SAÚDE

A partir das mudanças realizadas no setor saúde durante o governo Lula e da Presidente Dilma, observa-se, com a criação de novas frentes de atuação, que o **Serviço** se adequou de forma surpreendente, mas o **Ensino** parou no tempo.

Neste sentido, o Ensino (universidades, faculdades do setor saúde) teve que mudar seus currículos para atender à regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), para contemplar a demanda que foi gerada. Os cursos de Educação Física começaram as mudanças curriculares buscando uma formação distinta com a criação dos cursos de licenciatura e bacharelado (Brasil, 2004).

Segundo o censo do Ministério da Educação, em 2006, os cursos de Educação Física no Brasil totalizavam 746, sendo 512 cursos de licenciatura e 234 de bacharelado. (Brasil, 2006a). Atualmente, na modalidade presencial, existem 592 cursos de Educação Física reconhecidos pelo Ministério da Educação. Destes, 48,1% são ofertados na região Sudeste ($n=285$). As regiões Nordeste ($n=104$) e Sul ($n=103$) apresentam números semelhantes, enquanto no Centro-oeste e Norte existem 60 e 40 cursos, respectivamente (Brasil, 2013b).

Nesse sentido, são realizadas constantes discussões em defesa ora da licenciatura, ora do bacharelado. Todavia, ainda não há consenso entre os profissionais. No curso de bacharelado, além das contantes discussões, os profissionais tiveram que se preocupar em atender uma demanda até então com pouca intervenção da Educação Física – a saúde. As intervenções nesta área começaram antes que este conhecimento tivesse se solidificado (Benedetti; Santos, 2012). Fato este que levou alguns cursos de formação em Educação Física a construir uma estrutura curricular que atenda esta área do conhecimento.

Com a valorização recente do governo federal que oportuniza a Educação Física a se integrar nas ESF (Brasil, 2011) avançou-se em mais um espaço para atuação, mas que exige formação profissional específica para atender à demanda.

Assim, questiona-se. Que é preciso saber para atuar no serviço de saúde pública? Como intervir para melhor atender as necessidades de saúde da população que procura o SUS? Esses questionamentos são importantes também para as instituições contratantes, que não conhecem as competências para a intervenção do Profissional de Educação Física na saúde. Exemplo disso são as provas dos concursos para contratação destes profissionais para atuarem no SUS, em diferentes cargos, como o NASF ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). São observadas questões sobre atletismo, futsal e voleibol (concurso público para profissionais do NASF de Carangola-MG, 2011, e de Florianópolis-SC, 2008). Será que estas questões de provas para os profissionais de Educação Física discriminam as habilidades e as competências para atuar na área da saúde? (Benedetti; Santos, 2012).

A partir da nossa intervenção neste campo, os profissionais de Educação Física começam a criar estratégias de orientação de

atividade física para atuar nas ESF. Dentre os estudos de intervenção há sugestão em módulos temáticos e cartilhas educativas, cujos conteúdos estão definidos em educar, conscientizar e praticar, sendo que esta experiência foi analisada em Unidades Básicas de Florianópolis (Gomes; Duarte, 2009) e Guanambi (Gomes, 2012).

NOSSA HISTÓRIA ...

O Curso de Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi criado em 1974, pela Portaria nº 470/GR/74, e reconhecido pelo Decreto-lei nº 81.759, de 06 de junho de 1978. Uma constante inquietude com relação ao perfil do profissional formado por esta Universidade, para que não ficasse vinculado apenas ao ambiente acadêmico, fez com que ocorresse a reforma curricular em 2005, criando o curso de bacharelado em Educação Física. O profissional de Educação Física do curso de bacharelado passa a ser caracterizado como um profissional liberal, sofrendo influências e influenciando o mercado de trabalho. A preparação do profissional desta área tem convivido com uma diversidade de intervenções de formação no ensino superior que sugerem a ausência de um modelo único ou generalizado (Fensterseifer et al., 2005b).

Com a implantação do seu novo currículo, o Curso de Educação Física da UFSC tem como objetivos: formar profissionais para atuar na promoção da saúde, avaliação e prescrição de exercícios, e gestão e treinamento esportivo, utilizando como elemento central a prática de atividades físicas, de caráter recreativo ou de rendimento; formar profissionais comprometidos com o

desenvolvimento de projetos e programas comunitários que incentivem a prática de atividades físicas e a adoção de estilos de vida fisicamente ativos, para todos os grupos populacionais (Fensterseifer et al., 2005b).

Nesse contexto, a vivência acadêmica e proximidade prática na área da saúde têm sido consolidada pelas ações desenvolvidas no ensino, pesquisa e extensão. Especificamente no ensino, busca-se a aproximação entre a formação do bacharel em Educação Física e as necessidades de atenção básica, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este programa foi criado para atender a formação dos recursos humanos, conforme Constituição (Brasil, 1988), reafirmado na Lei 8.080 (Brasil, 1990). O objetivo do Pró-Saúde é promover a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2007).

Na UFSC, inicialmente foi criado o Programa Docente Assistencial (PDA) que, mais tarde, foi substituído para Rede Docente Assistencial (RDA), cujo objetivo é promover a integração ensino, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios do SUS. Este fato garantiu a inserção de alunos de graduação na rede de atenção básica do Município, oportunizando práticas de conhecimento em diferentes fases dos cursos e estágios obrigatórios na rede de atenção básica. O PDA iniciou somente com o curso de medicina, e atualmente, a RDA envolve nove cursos da área da saúde, dentre eles, a Educação Física.

O curso de Educação Física começou a fazer parte do Pró-Saúde em 2009. Tal ação visa contribuir com a qualificação das

práticas de ensino, de prevenção da doença, promoção da saúde e de controle social, oportunizando a geração de conhecimentos e visando o fortalecimento do SUS, conforme preconiza o projeto político pedagógico do curso de graduação em Educação Física da UFSC.

A inserção no Pró-Saúde garantiu a atuação do curso de bacharelado em Educação Física da UFSC no PET-Saúde da Família. O PET-Saúde da Família tem como objetivo geral fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências, dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS (Brasil, 2013c). Além disso, caracteriza-se como um programa interdisciplinar, com atividades de ensino, pesquisa e extensão; atuação coletiva e integração entre os participantes; contato com a comunidade; qualificação da atenção e integração ensino, serviço e pesquisas que favoreçam a atenção básica (Brasil, 2013c).

Outro campo de aprendizagem e formação conquistado, em 2009, pela Educação Física na área do SUS foi a Residência Multiprofissional. O objetivo da Residência é possibilitar a formação de profissionais e contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do SUS (Brasil, 2006b).

Assim, as ações de ensino, pesquisa e extensão são oportunizadas por meio da inserção da Educação Física na RDA, com ações no Pró-Saúde e PET-Saúde da Família. Contudo, vale ressaltar que o estreitamento de laços com a Secretaria da Municipal de Saúde de Florianópolis, iniciou em 2004, com a apresentação de uma proposta para a formulação de política pública de atividade física voltada à população idosa de Florianópolis

(Benedetti, 2004). A implantação do programa de atividade física (*Idoso Ativo*) iniciou em 2006, como um projeto piloto, desenvolvido em quatro Unidades Básicas de Saúde, coordenado pelas Prof^{as}. Tânia Benedetti, Giovana Mazo e Marize A. Lopes, sendo as aulas desenvolvidas por acadêmicos de Educação Física e supervisionadas por profissionais da área (Borges, 2009). Em 31 de outubro de 2007, aconteceu a fusão operacional dos três programas de atividade física que eram realizados pela Secretaria Municipal de Saúde (*Idoso Ativo e Floripa em Forma*) e pela Secretaria Municipal de Assistência Social (*Viver Ativo*), surgindo o Programa Floripa Ativa. A inexistência de profissionais de Educação Física na Secretaria de Municipal de Saúde suscitou a contratação destes profissionais, o que representa um avanço para a área. Foi a partir da demanda do Floripa Ativa que o profissional de Educação Física foi inserido no quadro de ocupações da Secretaria Municipal de Saúde, pela assinatura de documento na Câmara de Vereadores. Assim, a área conquistou mais um espaço para atuação, conforme pode ser observado no concurso público (Edital nº 003/08) da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Pela primeira vez, foram disponibilizadas 10 vagas para atuação do profissional de Educação Física na área da saúde (Borges, 2009).

Além das pesquisas realizadas durante o desenvolvimento do Programa Idoso Ativo (até 2007) e Floripa Ativa (2008 e 2009), outra pesquisa está sendo desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde. Um projeto piloto, o Programa VAMOS – *Vida Ativa Melhorando a Saúde*, baseado em um programa norte americano *Active Living Every Day* (Blair, et al., 2010). Esta proposta é desenvolvida por meio de reuniões semanais durante três meses (12 sessões), objetivando conscientizar as pessoas para a mudan-

ça de comportamento em relação à prática de atividades físicas (Benedetti, 2012).

Portanto, podemos considerar que a vivência acadêmica e a proximidade prática na área da saúde têm acontecido pautando-se na tríade ensino, pesquisa e extensão. Entretanto, parece ainda, haver pouco entendimento tanto de acadêmicos quanto de alguns professores sobre este recente campo de atuação da Educação Física. O entendimento é que estas ações deveriam estar articuladas entre as diversas disciplinas curriculares e os respectivos professores, visando contribuir para a formação do bacharel em Educação Física e sua atuação na área da saúde. Contudo, mesmo a passos lentos, os caminhos estão sendo trilhados.

REFERÊNCIAS

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. **Vida Ativa Melhorando à Saúde - VAMOS**. Proposta de Pesquisa financiada pela fundação Lemman, 2012.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo; SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva. **Educação Física no contexto da saúde**. In: Juarez Vieira do Nascimento, Gelcemar Oliveira Farias. (Org.). Construção da identidade profissional em Educação Física: da formação à intervenção. Florianópolis: Editora da UDESC, 2012, p. 543-556.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. **Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Flo-**

Florianópolis. 2004. Tese. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BORGES, Lucélia Justino. **Influência de um Programa de Exercício Física na Saúde Mental e na Aptidão Funcional de Idosos Usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis**. 2009. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis, 2009.

BLAIR, Steven N. *et al.* **Active Living Every Day**. Second edition. ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2010.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Atenção Básica**. 2013a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 30 maio 2013.

_____. **Ministério da Educação. e-MEC. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. 2013b. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. **Portal da Saúde. Objetivos PET Saúde**. 2013c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 30 maio 2013.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.8p.

_____. **Portaria nº 154, de 18 de março de 2008**. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 13p.

_____. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação -. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Ministério da Educação.** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior. 2006a. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior>>.

_____. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais: Educação Física.** Brasília: Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 218/97. 1997. Regulamentação das profissões de saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em: 30 de maio de 2013.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa da Brasil,** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Câmara dos Depu-

tados, 1988. 185p.

COUTINHO, Silvado da Silva. **Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 207p. Tese (Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2011.

FENSTERSEIFER, Alex; JESUS, Joaquim Felipe de; NASCIMENTO, Juarez Vieira do; NAHAS, Markus Vinicius; MORAES, Patrícia Luíza. Projeto de reformulação do curso de Licenciatura em Educação Física. 2005a. Disponível em: < <http://www.portalcds.ufsc.br/files/2010/08/Licenciatura-Projeto-do-Curso.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2013.

FENSTERSEIFER, Alex; JESUS, Joaquim Felipe de; NASCIMENTO, Juarez Vieira do; NAHAS, Markus Vinicius; MORAES, Patrícia Luíza. Projeto de implantação do curso de Bacharelado em Educação Física. 2005b. Disponível em: <<http://www.portalcds.ufsc.br/files/2010/08/Bacharelado-Projeto-do-Curso.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2013.

GOMES, Marcius de Almeida; DUARTE, Maria de Fátima da Silva. **Orientação de atividade física em Programa Saúde da Família: estratégias e recomendações**. In: Maria de Fátima da Silva Duarte, Marcius de Almeida Gomes, Lisiane Schilling Poeta, Joris Pazin (orgs). *Atividade Física e Saúde: interações em diversos contextos*. Editora da UFSC, 2009.

GOMES, Marcius de Almeida. **A Educação Física do Sistema Único de Saúde (SUS): efetividade de uma intervenção “com-**

munity-based” para promoção da atividade física e saúde. 2012. Tese. Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina.

MAZO, Giovana Zarpellon; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; STREIT, Inês Amanda; VIRTUOSO, Janeisa Franck; SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva dos; MIRANDA, Elisângela Domingos. **Saúde Do Idoso no Âmbito Da Atenção Básica.** No prelo. 13p.

SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Atuação do Profissional de Educação Física.** 2012. 120p. Dissertação (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2011.

04

Capítulo

Metodologias ativas de ensino aprendizagem: O PBL e sua aplicabilidade em atividade física, lazer e saúde

Ricardo Ricci Uvinha¹

¹ Professor Livre-docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo - EACH/USP e líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Lazer da Universidade de São Paulo - GIEL/USP/CNPq. Atua como professor colaborador e orientador no Programa de Mestrado Profissional e Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Contato: <uvinha@usp.br>

INTRODUÇÃO

No contexto das metodologias ativas de ensino aprendizagem, o método do *Problem-based Learning* – PBL - surge como uma ferramenta relevante em diversos campos de conhecimento nas mais reconhecidas instituições de ensino em todo o mundo. O potencial interdisciplinar do PBL configura-o como destacado elemento junto aos alunos, possibilitando uma notória aproximação dos mesmos com os professores/tutores em tal método. Estimula-se em tal cenário uma discussão crítico-reflexiva tanto sobre o mercado profissional (nesse caso atrelado à atividade física, lazer e saúde) como sobre o papel do ensino formal frente aos desafios impostos pela sociedade moderna complexa.

A sociedade atual requer profissionais que possam lidar com eficiência na resolução de problemas complexos. O método PBL vem sendo entendido como uma ferramenta de inovação no ensino superior, presente total ou parcialmente no currículo de universidades de reconhecida reputação acadêmica ao redor do mundo.

O texto a seguir traz o principal embasamento utilizado na conferência “Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem”, realizada no *I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde*, realizado em junho de 2013, na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. O embasamento teórico utilizado nesse texto foi adaptado de produção anterior sobre o tema (Uvinha, 2010).

O PBL E O SISTEMA FORMAL DE ENSINO SUPERIOR

Segundo Schwartz, Mennin e Webb (2001), o método PBL, como conhecido em seus parâmetros atuais, remete ao Canadá, na década de 1950, especificamente no ensino da Medicina na *McMaster University*. Além do Canadá, com a mencionada *McMaster University*, o PBL vem sendo aplicado em diversos países, como África do Sul, Austrália, Dinamarca, Estados Unidos da América, Finlândia, Holanda, Perú, Suécia, Suíça, entre outros.

No Brasil, as experiências relatadas com a utilização do PBL tem se dado basicamente no ensino formal superior, implantado total ou parcialmente no currículo de universidades, em sua maioria, públicas. Somente no Estado de São Paulo, além da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA (considerada uma das pioneiras a adotar o método no País), destaca-se a Universidade de São Paulo – USP, a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, a Universidade Federal do ABC – UFABC e a Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR.

Verifica-se um crescente apego ao PBL na realidade educacional brasileira, seja na defesa de trabalhos monográficos em nível de graduação ou pós, seja no número cada vez mais expressivo de artigos científicos e apresentações em eventos acadêmicos. Como exemplo, em 2010, organizou-se na USP a sexta edição do Congresso Internacional de PBL, com o tema “Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologias Ativas de Aprendizagem: conectando pessoas, idéias e comunidades”.

O evento contou com o apoio do *Pan-American Network of Problem-based Learning* e envolveu mais de 400 participantes, entre congressistas, apresentadores de comunicações orais e pôsteres, bem como conferencistas oriundos de universidades ao re-

dor do mundo. Foi uma excelente oportunidade para intercambiar experiências diversas sobre a implantação do método, tanto nas oficinas pré-evento como também nas variadas modalidades de apresentação de trabalhos, ao longo de todo o Congresso.

É possível encontrar na literatura temática uma série de expressões coligadas ao propósito e caracterização do PBL, tais como *Problem Solving*, *Content-based Learning*, *Task-based Learning*, *Collaborative Learning*, *Enquire-based Learning*, entre outras.

Apesar da sua relação original com a Medicina, reconhece-se a ligação do PBL com diversas áreas de conhecimento, não necessariamente relacionadas à saúde, tais como: Administração, Arquitetura, Economia, Ciências Ambientais, Ciências da Computação, Ciências Sociais, Engenharias, Matemática/Estatística, entre outras.

Sua operacionalização consiste geralmente na resolução de um problema, em sua maioria factual, que serve como relevante estímulo na busca de instrumental apropriado para encontrar conhecimento apropriado no sentido de entender como o problema foi gerado e de que forma pode ser solucionado. O porquê desse método ter encontrado ressonância direta na área da Medicina, explica-se pela análise de intrigantes casos apresentados por pacientes que auxiliou o alunado a criar uma conjuntura de entendimento e resolução de um problema real ou hipoteticamente apresentado.

Assim, é proposto no PBL uma alternativa ao ensino convencional em *Lecture-based Learning* – LBL - em que comumente se tem salas com um grande grupo de alunos e em que a aula é fundada no aprendizado de conteúdos previamente estabelecidos pela Instituição de Ensino e/ou professor da turma. Em

outras palavras, enquanto nos métodos mais convencionais se tem como propósito a transmissão do conhecimento, centrada no professor, em seus aspectos disciplinares, no PBL, o conhecimento é construído a partir do protagonismo do aluno, sob a lógica de uma formação interdisciplinar.

A PARTICIPAÇÃO DO ALUNO NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PBL

Para o aluno, certamente tal método se impõe como uma novidade e um grande desafio, até por que boa parte dos discentes nunca teve uma experiência similar durante toda a sua vida escolar no ensino formal.

Destaca-se que o ensino baseado em PBL deve ser realizado preferencialmente em pequenos grupos, utilizando um estudo colaborativo entre seus membros. Com a vivência de tal método, espera-se do aluno o debate crítico em torno da resolução de um problema, auxiliando na criação de um ambiente de respeito ao professor e aos seus colegas no grupo. O aluno deve ainda se sentir motivado a encontrar material de apoio, seja no interior da instituição (laboratórios, biblioteca, sala de consulta virtual), seja no ambiente externo, como a possível visita *in loco* a grupos diversos nas comunidades.

A experiência com a atuação em grupos pode não necessariamente ser boa para o aluno. Allen (2006) reconhece que os problemas mais corriqueiros, envolvendo alunos em grupos, com o método PBL se traduzem na frustração pela desigual atuação e motivação dos seus membros, podendo sugerir uma pobre performance ao final do processo. No entanto, a autora destaca que

tais adversidades apresentadas no interior do grupo podem ser usadas a favor do professor, já que esse pode aproveitar os conflitos para debater problemas reais da sociedade, da vida em grupo, fortalecendo, assim, a proposta do método no compromisso de ter o aluno como elemento protagonista.

Kumar, Auyang e Santos (2006) também identificam uma transformação no processo de ensino-aprendizagem pelo PBL, fazendo com que seus alunos trabalhassem em grupo e cooperativamente, resolvendo problemas reais do cotidiano. Os autores relatam sua experiência com o método a partir da tutoria com alunos vinculados ao Raymond Walters College, nos Estados Unidos, apresentando resultados promissores em termos de aprendizado.

Wong e Lan (2007) defendem que o aluno que vivenciou o PBL comumente tende a relatar que o método o auxiliou na fixação do conteúdo desenvolvido para resolver este ou aquele problema de forma significativamente melhor do que em métodos convencionais, somado a um incremento de sua habilidade comunicativa e de sua capacidade de trabalhar em grupo na forma cooperativa.

Dessa maneira, diversos estudos temáticos convergem para o importante papel do PBL até mesmo num ambiente de conflito entre os alunos. É também relatada com frequência a excelente oportunidade de conhecer os problemas reais da vida cotidiana, tendo uma aguçada relação entre teoria e prática. Muitos ex-alunos, aliás, compartilham sua experiência em associações *alumni* e redes sociais disponíveis atualmente no ambiente virtual.

O PAPEL DO PROFESSOR NO ENSINO COM O PBL

Já para o professor, o PBL geralmente se coloca como um grande desafio, pois a maior parte dos docentes que são levados a experiênciá-lo em sala de aula não tiveram uma formação em tal método. É pertinente salientar que o professor atua como um “facilitador” das discussões, utilizando sua formação acadêmica para auxiliar o andamento das atividades com os alunos e constantemente avaliando elementos no interior do grupo, como a cooperação, o envolvimento e a motivação.

Ao transferir a responsabilidade do aprendizado para o aluno, pode-se sugerir que o papel do professor seja algo menos valorativo do que nas aulas com métodos mais convencionais, já que não se espera sua atuação como docente de um conteúdo ou assunto especializado, em que o mesmo é “detentor” do conhecimento a ser repassado para o grupo.

No entanto, o papel do professor nesse contexto está longe de ser passivo, visto que sua atuação se mostra fundamental no sentido de mediar as discussões e auxiliar o grupo a manter uma estrutura de foco no problema e determinação em sua resolução. Assim, espera-se do docente um estímulo para o grupo de alunos, no sentido de se aproximar com o contexto do problema e promover o aprendizado pelas seguidas tentativas de resolvê-lo.

Importante ressaltar que o “processo” de entendimento e discussão de um problema geralmente se mostra mais relevante até mesmo que o “produto” por ele a ser gerado, ou seja, a resolução do mesmo é algo de fato esperado, porém, entendido como possível consequência de todo o debate realizado no grupo de alunos.

Savin-Baden (2003) nos relata a costumeira resistência dos professores à implantação do PBL no currículo, e recomenda que

haja específica formação sobre as principais características do método para todo o *staff*, incluindo também o corpo administrativo.

Posição semelhante é defendida por Alfred, Alfred e Walsh (1997), que argumentam essencial a reflexão conjunta com todo o colegiado. Segundo o autor, devem ser respondidas questões, como: o PBL é o método mais apropriado para a Instituição? Deve ser aplicado total ou parcialmente no currículo? De que forma haverá a formação do *staff*, pressupondo gastos extras do mantenedor com o provimento de *workshops* regulares de atualização? Será criada uma seção administrativa específica para assunto na Instituição?

Uma vez adotado enquanto método, o PBL vem sendo utilizado para os mais diversos propósitos, em sua grande maioria no ambiente do ensino formal, particularmente no nível universitário. No entanto, mesmo no ambiente de uma universidade, ele pode não estar a serviço necessariamente dos conteúdos previstos no currículo de um curso.

Bernhardt (2006), por exemplo, apresentou o PBL como fundamental para implementar a escrita e a habilidade da fala do idioma inglês em alunos dos mais distintos níveis de formação. Sua experiência é advinda da utilização do método com alunos de origem hispânica, utilizando recursos físicos e materiais da *University of Delaware*, nos Estados Unidos.

Bosuwon e Woodrow (2009) relataram, em seu artigo, ainda sobre o aprendizado de idiomas, resultados altamente satisfatórios no uso do PBL para incrementar a habilidade de aprendizado da língua inglesa. A pesquisa envolveu uma amostra formada por 102 alunos de graduação e 16 docentes da *School of Humanities – The University of the Thai Chamber of Commerce*, além de envolver 245 trabalhadores do setor de turismo e transporte

aéreo de Bangkok. Os autores concluíram que a utilização do PBL foi significativa para o aprendizado do idioma, fundado em pilares, como trabalho colaborativo, motivação e relação direta com a atuação no mercado de trabalho.

O PBL E SUA APROXIMAÇÃO COM OS CAMPOS DA ATIVIDADE FÍSICA, LAZER E SAÚDE: O CASO DA EACH/USP

A partir de 2005, quando do início das atividades da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH /USP, na Zona Leste da cidade de São Paulo, começou a ser empregado o PBL, nos 10 cursos de graduação da unidade. Destes, dois cursos apresentam relação direta com o tema desenvolvido neste texto: Bacharelado em Ciências da Atividade Física – CAF - e Bacharelado em Lazer e Turismo – LZT. Em ambos os cursos, a temática “saúde” tem sido associada à formação em atividade física e lazer, e o PBL tem sido utilizado como relevante ferramenta de ensino.

O PBL passou assim a ser a base de desenvolvimento para as disciplinas obrigatórias de CAF e LZT: ACH 0041–Resolução de Problemas I e ACH– Resolução de Problemas II. Tais disciplinas passaram a ser oferecidas nos dois primeiros semestres do Curso, no que se convencionou chamar de Ciclo Básico, conjuntamente com outras que não tinham o PBL como elemento norteador.

Pode-se assim dizer que o PBL foi parcialmente incluído no currículo dos cursos da EACH/USP, como método-base das disciplinas de RP, o que em si já resultou no desenvolvimento de uma série de trabalhos produzidos pelos alunos desde sua implantação, em 2005.

Entende-se necessário descrever algumas características da operacionalização da disciplina Resolução de Problemas – RP - na EACH/USP, para compreender basicamente seu funcionamento. Segundo Krasilchik, Arantes e Araújo (2009), a proposta da RP no contexto da EACH/USP coincide com os propósitos do Ciclo Básico, esse que visa destacar o protagonismo do aluno no aprendizado, levando-o a refletir sobre problemas complexos relacionados ao cotidiano, a partir da vivência de princípios interdisciplinares e arraigados a uma sólida formação científica.

A cada ano, ingressam cerca de 1020 alunos nos dez cursos de graduação da EACH/USP. Nas disciplinas relativas ao Ciclo Básico, esses alunos são organizados em mais de 80 grupos de aproximadamente 12 alunos de cada Curso. Por sua vez, cada grupo passa a integrar uma turma com outros 4 grupos de diferentes cursos, formando a turma com 60 alunos.

Dessa forma, alunos ingressantes de um curso da EACH/USP, como CAF ou LZT, viam-se inseridos na disciplina de RP, numa turma com alunos de outros cursos, o que se entende como algo relevante do ponto de vista interdisciplinar e que fortalece a proposta de se trabalhar com o PBL dentro dos propósitos verificados na literatura consultada.

Outro fato que se entende relevante é que esse aluno acabara de ingressar na universidade, não trazendo a priori nenhum conhecimento específico acumulado sobre os estudos do lazer, a não ser que o tenha experienciado em algum curso técnico no ensino médio ou ainda em qualquer outro curso superior.

Gijbels et al. (2005) defendem que o fato de trabalhar o PBL com alunos ingressantes se mostra interessante, pois os mesmos geralmente sabem a respeito de fatos e princípios calcados pelo conhecimento de senso comum, sem conhecer exatamente os

conceitos teóricos a eles associados e de que forma aplicá-los técnica e/ou cientificamente em situações complexas.

Mas, como se chegar à definição de um problema pelo método PBL? Como estimular grupo de alunos no sentido de resolvê-lo? Como mobilizar o professor que atuará como tutor no andamento do trabalho desse grupo ao longo do semestre? Como relacioná-lo com os estudos da atividade física e do lazer em sua relação com a saúde?

Fogarty (1997) sugere que o problema pode ser constituído por meio de uma situação real, operacionalizada por um artigo de jornal, um comentário factual ou um pequeno cenário temático relativo a certa situação. Desse modo, o problema pode ser gerado a partir de uma situação real do cotidiano, do mercado profissional em que atuará esse aluno, de uma simulação criando artificialmente um problema “de papel”, entre outros.

No caso da EACH/USP, o problema que norteia a pesquisa do grupo específico no semestre é correspondente ao tema geral, este último trazido aos alunos pelos professores da turma. Os temas gerais são definidos pela Coordenação do Ciclo Básico e sofrem alteração a cada semestre.

Desde 2005, já foram trazidos temas gerais como Cidadania e Desigualdades; Qualidade de Vida e Ocupação Espacial; Tecnologia e Sociedade; Valores e Preconceito; Prazeres e Diversidade; Universidade, Conhecimento e Comunidade; Globalização, Culturas Locais e Educação; Saúde e Bem Estar; Conhecimento Científico e Inclusão; Conhecimento Científico e Ética; Conhecimento Científico e Desenvolvimento; entre outros. Como se vê, a amplitude presente em todos esses temas sugere ser possível a elaboração de problemas que tenham relação próxima com todos os Cursos da unidade, independente da área de conhecimento.

A partir de tais temas gerais, diversos problemas foram debatidos no âmbito da atividade física, saúde e lazer, desde a criação da unidade, investigando a relevância de tais esferas articuladas a assuntos, como: públicos com necessidades especiais; transportes públicos nas metrópoles; índices de violência nos bairros mais carentes; equipamentos de lazer; duplo processo educativo do lazer; promoção da cidadania pelo lazer; entre vários outros.

Num exemplo mais concreto de atuação com a disciplina ACH0042, tendo como tema geral “Conhecimento Científico e Desenvolvimento”, a temática da saúde foi desenvolvida em trabalhos como “A qualidade de vida em idosos com AIDS”, por alunos do curso de Gerontologia; ou ainda, “Cultura de fármacos na gravidez”, a partir de alunos de Obstetrícia.

Nessa mesma turma, alunos do Curso de Lazer e Turismo trouxeram o seguinte problema “para a mesa”, a partir do intenso uso do PBL: Como o lúdico pode contribuir no desenvolvimento de pessoas com transtornos mentais? Os principais resultados dessa pesquisa identificaram que os tratamentos de pessoas com transtornos mentais que tem no lazer a chave para o desenvolvimento, sendo a recreação terapêutica uma dessas estratégias, sugerem um incremento da eficácia em seus resultados, auxiliando inclusive as pessoas com tal enfermidade para o convívio social.

Outro ponto que se entende relevante é o espaço físico onde se dá a aula em PBL. Deslile (1997) enfatiza as mudanças necessárias no espaço e nos materiais das salas tradicionais na universidade, para que o PBL possa ser implantado. Deve-se, segundo o autor, prover mobiliário e equipamentos próprios, que permitam trabalhos/ discussões em grupos informais, além da possível mobilização de espaços fora da sala de aula, como pesquisa na biblioteca, em livrarias e museus, na comunidade e em conjunto com o setor público.

Jamieson (2006) reitera que as universidades, com o método PBL em seus currículos, devem estar preparadas para oferecer estrutura adequada aos estudos em grupo, particularmente na criação de novas salas de aula com equipamentos de mobiliário, computadores, acesso à internet, *datashow*, som e vídeo digital.

No caso da EACH/USP, apesar das corriqueiras dificuldades apresentadas no gerenciamento de espaços para aulas em universidades públicas, pode-se inferir que o espaço é bem adequado para a utilização do PBL, dentro dos parâmetros apresentados pelos autores anteriormente abordados.

A estrutura da unidade foi elaborada com o propósito de ofertar tal método desde o início de suas operações, fato que resultou na construção de salas para o desenvolvimento das aulas de RP com espaço para até 12 alunos, equipadas com computadores e internet de banda larga. Tal estrutura é complementada com salas de estudos na biblioteca central da unidade, além de laboratórios que, potencialmente, podem ser utilizados, como os de Ciências da Atividade Física, de Informática, de Softwares Especiais, entre outros.

A AVALIAÇÃO EM PBL

Se nos métodos mais convencionais a avaliação do aluno pode estar embasada no número de acertos numa prova de múltipla escolha ou dissertativa, na resenha depositada para correção ou no trabalho desenvolvido para aquela dada “matéria”, nesses trabalhos, tutorados por meio do PBL, a avaliação se torna um grande desafio. Questões podem ser imediatamente endereçadas, como: O que avaliar? Como aferir o conhecimento acumulado?

Como identificar o aumento da habilidade comunicativa? Como se chegar à efetiva resolução de um problema?

A dificuldade em avaliar os alunos, utilizando o PBL, é reconhecida por praticamente todos os autores consultados, entre eles, Duch e Groh (2006). As autoras enfatizam que, mesmo se considerando a complexidade das aulas em PBL, é possível se avaliar, baseando-se na participação dos alunos no processo de discussão de um problema, na sua capacidade cooperativa, se houve uma motivação para tentar resolver de forma crítica uma dada situação complexa, entre outros.

Voltando ao caso dos trabalhos de RP na EACH/USP, a avaliação é realizada em dois momentos no semestre, e se leva em conta: a nota individual do tutor (peso 10); a nota do tutor ao relatório científico (peso 5); a nota individual do aluno ou auto-avaliação (peso 1); a nota do grupo ao aluno (peso 1); e a média de todos os tutores da turma nas apresentações dos trabalhos para o grupo de 60 alunos (peso 3).

Note que o maior peso reside na atribuição da nota dada pelo professor/tutor. Tal fato, na EACH/USP, se constituiu ao longo dos anos a partir da solicitação dos próprios alunos para evitar que, entre outros, um aluno conferisse a si próprio uma nota demasiadamente alta na auto-avaliação e pudesse concluir com êxito a disciplina, mesmo não tendo contribuído cooperativamente com o trabalho em grupo e, assim, sem o devido reconhecimento pelos seus próprios pares.

Desse modo, a avaliação em PBL deve levar em conta relevantes princípios, investigando, entre outros, até que ponto o processo de resolução de um problema estimulou o grupo a trabalhar cooperativamente, e qual o novo conhecimento gerado a partir de tal experiência, fato que um trabalho de conclusão de

disciplina pode auxiliar a demonstrar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que a aplicação do PBL, na EACH/USP, vem também acontecendo em outras disciplinas da grade curricular, em praticamente todos os cursos. No caso do Lazer e Turismo, a disciplina ACH 1567 – Projetos em Lazer e Turismo na Aprendizagem Baseada em Problemas, no sétimo semestre, possui carga horária de 30 h/a e vem sendo oferecida desde 2007, igualmente com notáveis resultados na mobilização do grupo de alunos para um trabalho cooperativo e relacionado à concretude dos problemas sociais apresentados na vida cotidiana, em especial àqueles com interface com o lazer e a atividade física, em sua relação com a saúde.

Os diversos relatos profissionais e acadêmicos explorados nesse texto convergiram para a consideração do PBL como um elemento desafiador para o aluno, levando-o a um trabalho cooperativo e procurando lidar com situações, em sua maioria, reais do cotidiano. Ao lidar com problemas e procurar solucioná-los, os alunos são levados a compreender de que forma aprendem determinado conceito e/ou utilizam determinada competência, conduzindo-os a uma reflexão sobre o seu papel no mundo e potencializando sua atuação no mercado profissional temático.

REFERÊNCIAS

ALFRED, S. E.; ALFRED, M. J.; WALSH, L. J. **The direct and indirect costs of implementing Problem-based learning into traditional professional courses within universities.** Canberra, Australia: Higher Education Division, 1997.

ALLEN, D. The group from hell: strategies for resolving conflicts in PBL groups. In: CONGRESO INTERNACIONAL PBL, 4. 2006. **Anais...** Lima, Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2006. (workshop)

BERNHARDT, S. Using PBL to improve student writing and speaking skills. In: CONGRESO INTERNACIONAL PBL, 4. 2006. **Anais...** Lima, Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2006. (workshop)

BOSUWON, T.; WOODROW, L. Developing a Problem-based course based on needs analysis to enhance English reading ability of Thai undergraduate students. **Regional Language Centre Journal**, London, UK: Sage Publications, v. 40, n.1, 2009, p. 42-64.

DESLILE, R. **How to use Problem-based learning in the classroom.** Alexandria, USA: ASCD, 1997.

DUCH, B. J.; GROH, S. E. Estrategias de evaluación de los aprendizajes en un curso de ABP. In: DUCH, B. J.; GROH, S. E.; ALLEN, D. E. (Ed.) **El poder del Aprendizaje Basado en Problemas: una guía práctica para la enseñanza universitaria.** Lima, Peru: Ponti-

ficia Universidad Católica del Perú, 2006. p.:113-126.

FOGARTY, R. **Problem-based learning and other curriculum models for the multiple intelligences classroom.** Melbourne, Australia: Hawker Brownlow Education, 1997.

GIJBELS, D.; DOCHY, F.; BOSSCHE, P. V. den; SEGERS, M. Effects of Problem-based Learning: a meta-analysis from the angle of assessment. **Review of Educational Research**, London, UK: Sage Publications, v. 75, n.1, spring 2005, p. 27-61.

JAMIESON, P. Designing a classroom environment to support problem-based learning. In: CONGRESO INTERNACIONAL PBL, 4. 2006. **Anais...** Lima, Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2006. (workshop)

KRASILCHIK, M.; ARANTES, V. A.; ARAÚJO, U. F. Princípios Gerais e o Ciclo Básico. São Paulo: EACH-USP, 2009. Mimeo. (Suplemento).

KUMAR, R.; AUYANG, G.; SANTOS, F. Application and assessment of PBL in an interdisciplinary environment. In: CONGRESO INTERNACIONAL PBL, 4. 2006. **Anais...** Lima, Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2006. (workshop)

SAVIN-BADEN, M. **Facilitating Problem-based learning: illuminating perspectives.** Maidenhead, UK: SRHE Open University Press, 2003.

SCHWARTZ, P.; MENNIN, S.; WEBB, G. **Problem-based**

learning: cases studies, experience and practice. London, UK: Kogan Page, 2001.

UVINHA, R.R. O método Problem-Based Learning e sua aplicabilidade nos estudos do lazer. In: PIMENTEL, G.G. de A. (Org.). **Teorias do Lazer**. Maringá,PR: Universidade Estadual de Maringá, 2010, p. 183-201.

WONG, D. K. P.; LAM, D. O. B. Problem-based Learning in social work: a study of student learning outcomes. **Research on Social Work Practice**, London, UK: Sage Publications, v. 17, n.1, jan. 2007, p. 55-65.

05

Capítulo

Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil

Douglas Roque Andrade 

Evelyn Fabiana Costa^{2,3}

Leandro Martin Totaro Garcia^{2,3}

Alex Antonio Florindo^{1,2,3}

1. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

2. Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde da Universidade de São Paulo.

3. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Historicamente, tanto a formação como uma parte das possibilidades de atuação do profissional de Educação Física têm sido associadas à saúde, independentemente de qual seja a visão de saúde a que nos referimos. Tal associação vem ocorrendo a despeito dos diferentes tipos de formação no Ensino Superior, da regulamentação da profissão e das mudanças epidemiológicas que temos acompanhado. No entanto, o papel e a importância deste profissional neste campo tem-se ampliado e modificado muito rapidamente nos últimos anos. Um dos principais motivos é o destaque que a atividade física vem recebendo nas políticas públicas de enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de promoção da saúde, tanto no cenário mundial como no Brasil. Por outro lado, de forma geral, a formação de bacharéis em Educação Física parece ainda não acompanhar, na velocidade adequada, as novas necessidades que rapidamente se impõem para a atuação neste campo.

Mas que necessidades são essas? Como dar conta delas? Neste capítulo exploraremos como a formação do bacharel em Educação Física poderia ser aperfeiçoada a fim de responder às demandas atuais do campo da saúde pública no Brasil. Para isso, inicialmente faremos uma breve contextualização da situação de saúde no Brasil, focando dois pontos que, de acordo com a presente realidade, julgamos mais adequados para esta discussão: a situação epidemiológica e a atuação do profissional na Atenção Básica. Tomando como base estes pontos, em seguida, discutiremos por quais meios a formação do bacharel em Educação Física pode buscar a inserção do profissional neste campo de forma mais adequada às necessidades da sociedade, baseado na experiência do curso de

Bacharelado em Educação Física e Saúde (antigo curso de Bacharelado em Ciências da Atividade Física) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP).

O CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE NO BRASIL

Desde a sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem aumentado o acesso da população aos serviços de saúde e os gastos totais com a saúde têm crescido nos últimos anos (Paim et al., 2011). Apesar dos esforços, desde a década de 1980, as DCNT continuam sendo a principal causa de morte no Brasil. Cerca de 70% das mortes ocorridas no ano de 2007 foram devido às DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres, doenças crônicas respiratórias e outras), sendo as doenças cardiovasculares a principal causa. Para fins de comparação, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 10% das mortes no mesmo ano (Schmidt et al., 2011).

De acordo com o DATASUS (2013), a prevalência de diabetes mellitus passou de 8,8%, em 2006, para 9,9%, em 2010. Já a prevalência de hipertensão arterial que era de 21,5%, em 2006, chegou a 23,3%, em 2010. O excesso de peso, envolvendo sobrepeso e obesidade, passou de 25,6%, em 1989, para 48,5%, em 2009. Destes, 14,5% correspondem ao aumento da obesidade. Dados do VIGITEL demonstraram que a proporção de pessoas com diagnóstico médico de diabetes, excesso de peso e obesidade aumentou significativamente de 2006 a 2011 (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012). As altas prevalências apresentadas das DCNT são preocupantes, especialmente quando se considera que sejam, juntamente com

as doenças neuropsiquiátricas, as que mais contribuem para a carga de doenças no país (Victora et al., 2011).

Por outro lado, apesar da mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5%, entre 1996 e 2007, as taxas de mortalidade por DCNT, ajustada por idade, diminuíram em 20% para o mesmo período. Essa diminuição ocorreu, particularmente, em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, devido à implementação bem-sucedida de políticas de saúde de diminuição do tabagismo e à própria expansão do acesso à Atenção Básica (Schmidt et al., 2011).

Temos, portanto, um cenário interessante: as DCNT ainda representam a maior carga de morbimortalidade no país; no entanto, políticas públicas bem-sucedidas, desde a década de 1990, contribuíram na redução do impacto dessas doenças. Uma vez que as DCNT são, ao menos em parte, resultantes de hábitos de vida, a inserção da atividade física em novas políticas públicas de saúde que busquem ampliar a experiência e os impactos positivos das políticas já implantadas torna-se facilitada, assim como a inserção dos profissionais de Educação Física neste campo.

Se por um lado as DCNT têm forte relação com os hábitos de vida, como a prática de atividade física, por outro também se reconhece que elas são socialmente determinadas, por conta de iniquidades de acesso a bens, serviços e direitos entre as pessoas. Desta perspectiva surge o conceito moderno de “Promoção da Saúde”, que vai além do enfrentamento das doenças. Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, estabeleceram-se uma série de princípios éticos e políticos, definindo os seus campos de ação. De acordo com o documento gerado no evento, a promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar

na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas De Saúde, 2002).

No Brasil, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade das pessoas a riscos de saúde ligados aos determinantes sociais. A PNPS se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida e prevê o aumento e a qualificação das ações nos serviços públicos de saúde. Para isso, caracteriza-se fundamentalmente por uma composição de ações inter e intrasetorial de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida, aspectos comportamentais. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006).

Neste cenário, a prática de atividade física surge como opção de cuidado, possuindo características preventivas, terapêuticas e de promoção da saúde, disponíveis dentro do sistema público de saúde. Ademais, tornam-se possibilidades factíveis para os profissionais de saúde atuarem nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseadas em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. No contexto do SUS, cuja produção da saúde é entendida como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, tais abordagens podem contribuir para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde por meio do processo de *empowerment*, contribuindo assim, para o aumento do exercício da cidadania e do controle social.

Vale ressaltar que ainda que a inclusão do tema *atividade física* e o seu monitoramento nas políticas públicas de saúde no

Brasil tenham recebido maior atenção a partir da PNPS, outras iniciativas, como a Rede de Exercício e Saúde (Bankoff et al., 2005) e o Agita Brasil (2002), já apontavam esta necessidade. É interessante notar também que a atividade física já estava presente em programas de prevenção de DCNT ou de promoção da saúde anteriormente à presença dos profissionais de Educação Física no SUS. Infelizmente, muitas vezes esta história tem sido desconsiderada pelos próprios profissionais na apropriação do contexto do território onde irão atuar. Algumas cidades já vêm desenvolvendo ações sustentadas de promoção de atividade física, há alguns anos. São exemplos desses programas: CuritibaAtiva, Academia da Cidade (Recife, Aracaju e Belo Horizonte), Serviço de Orientação ao Exercício (Vitória), Pedala Sorocaba, Agita São Paulo, Se Bole Olinda e Saúde Ativa Rio Claro, entre outros. Estes programas são, geralmente, desenvolvidos e viabilizados a partir de parcerias intersetoriais entre Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Municipais de Esporte e Lazer e universidades.

Em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o profissional de Educação Física é efetivamente inserido como profissional de saúde atuante na Atenção Básica. Suas atribuições devem ser pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que priorizam as ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006). As ações previstas para os profissionais de Educação Física na Atenção Básica estão além das relacionadas mais diretamente com a oferta de atividade física. São ações que propiciam, de forma mais ampla, a melhoria

da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e os danos decorrentes das DCNT. Estas ações deverão ser desenvolvidas priorizando o atendimento compartilhado, facilitando o processo de troca de saberes, capacitação e responsabilidade mútua, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, qualificando as orientações e práticas tanto em nível individual como coletivo. Atualmente, o profissional de Educação Física já é a quinta categoria mais contratada pelos NASF e está inserido em 49,2% das equipes; contudo, o coeficiente de profissional por população coberta pela Estratégia Saúde da Família foi de aproximadamente 1 para 100.000 pessoas, em 2010 (Santos, Benedetti, 2012).

Mais recentemente, o Programa Academia da Saúde foi instituído pelo Ministério da Saúde como política pública de saúde, consolidando e ampliando a atuação do profissional de Educação Física na Atenção Básica. O objetivo principal do programa é a implantação de espaços públicos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais/atividades físicas e modos de vida saudáveis, seguindo os preceitos da promoção da saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2011). Os polos de Academia da Saúde integram a Atenção Básica, sendo mais um local de atenção e promoção da saúde. De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, a meta é que cinco mil polos de Academia da Saúde estejam implantados nos municípios no final do período (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que o atual cenário implica numa nova função dentro do campo da saúde e um novo papel

social para todos os profissionais da saúde, inclusive o profissional de Educação Física. Esta nova função demanda um novo rol de conhecimentos e capacidades a ser trabalhado na atual formação do bacharel em Educação Física.

A FORMAÇÃO DO BACHAREL PARA ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Nahas e Garcia (2010), ao resgatarem um pouco da história e do desenvolvimento da área de atividade física e saúde no Brasil, apresentaram como desafio a formação dos profissionais para a atuação nesse setor. É evidente que a produção do conhecimento sobre a formação profissional não acompanhou o aumento da produção de pesquisas na área de epidemiologia da atividade física, conforme observamos nos trabalhos de Hallal et al. (2007) e de Dumith (2009). Porém, a criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS) em 2011 (Fonseca et al., 2011) e a organização do I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde, em 2013, são excelentes oportunidades para a reflexão individual e coletiva sobre a formação profissional, bem como desencadear a produção de conhecimento desta área.

Haddad et al. (2010) apresentaram, entre os cursos da área da saúde, o curso de Educação Física era o segundo em número total de ingressantes (185.742), ficando atrás apenas do curso de Enfermagem (224.330). Este estudo também apresentou a discrepância entre as regiões do País, tanto em relação ao oferecimento de vagas quanto ao número de postos de trabalho, demandando também uma reorganização do sistema, tanto de

formação, quanto do próprio SUS. Observando a sinopse estatística do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2013), dados de 2011 sobre o Ensino Superior mostraram que o número de cursos de Educação Física foi de 1030, sendo 635 cursos de licenciatura e 395 de bacharelado em Educação Física, dos quais 77% dos cursos de bacharelado e 71% se concentravam em instituições privadas. Santos e Benedetti (2012) descreveram que, entre os profissionais de Educação Física que atuavam no NASF, a prevalência de formados em Instituições de Ensino Superior privadas foi de 55,1%, mas houve disparidade entre as regiões: enquanto na região sudeste foi de 81,4%, na região nordeste foi de 38,6%. Proni (2010), analisando a Relação Anual de Informações Sociais de 2006, identificou que 68% dos profissionais de Educação Física estavam concentrados na região sudeste do País, especialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Cruz Junior e Caparróz (2013) estabeleceram uma discussão interessante sobre o trinômio juventude, formação profissional e Educação Física. Ainda que o artigo trate da docência no ensino formal, remete-nos a uma questão importante. Quando pensamos a formação para a atuação no SUS, precisamos considerar que os jovens que ingressam no curso de Educação Física já carregam consigo uma imagem do sistema, geralmente negativa, em função das mazelas do atendimento nos níveis de atenção secundária e terciária, reforçada pela falta de conhecimento, como usuários, inclusive, das Unidades Básicas de Saúde. As experiências positivas da juventude se concentram muito mais nas academias, clubes esportivos e na própria Educação Física escolar, possivelmente favorecendo a escolha de atuação nesses cenários, mais comuns e conhecidos pelos jovens antes da sua formação. Santos e Benedetti

(2012) encontraram que a média de idade entre os profissionais de Educação Física, no NASF, foi de 32 anos e que a maioria era do sexo masculino, contrapondo-se ao perfil majoritário entre os profissionais de saúde. Este fato nos chama atenção, pois nos parece que profissionais com maior tempo de formação possam ter mais experiência para atuar em um cenário tão complexo como o da saúde pública. Por outro lado, pode também refletir o interesse dos egressos por esta área de atuação, parecendo uma opção pouco atrativa para o recém-formado.

Essa hipótese também pode ser reforçada pelos dados apresentados por Proni (2010), que, analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2007, observou que 45% dos postos de trabalho na área de Educação Física eram ocupados na Educação Básica, e que 6,7% estavam registrados em estabelecimentos de assistência social ou atenção à saúde.

Ainda que estejamos preocupados com a formação do profissional de Educação Física, é importante notar que pesquisas sobre competências para atuar na saúde são pouco exploradas, independentemente da área de formação. Sobre o assunto, Fraggelli e Shimizu (2013) analisaram publicações de 2000 a 2010 das bases do Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisas, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Sistema Pesquisa em Saúde), do Banco de Teses e de Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e do SciELO. Em relação à distribuição de teses e dissertações, a área de Educação Física produziu três trabalhos sobre o tópico, enquanto a área da Educação, 24. Os autores concluíram que o tema *competências* é ainda pouco explorado no campo de Saúde Coletiva, em nível nacional, e desigualmente distribuído pelas unidades federativas, havendo

necessidade de mais esforços por parte de gestores, por meio de maior incentivo a pesquisas, com vistas ao desenvolvimento do campo, ainda em construção e, conseqüentemente, para o fortalecimento do sistema público de saúde.

Coutinho (2011), em sua tese, utilizou a técnica DELPHI e identificou 58 competências relacionadas à atuação do profissional de Educação Física na Atenção Básica, sendo estas organizadas em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes. Temos utilizado algumas competências identificadas no trabalho de Coutinho (2011) com os alunos do curso de Educação Física e Saúde da EACH-USP e, a partir delas, uma reflexão individual e coletiva sobre o processo de formação do curso frente a estas competências, quais estratégias que poderiam ser utilizadas pelos alunos para atuarem melhor na Atenção Básica.

Considerando a nossa experiência na formação de profissionais de Educação Física – para mais detalhes sobre o curso, ver Florindo et al. (2012). Listamos alguns desafios que devem ser superados na formação profissional:

1. Geralmente, os profissionais de Educação Física são preparados para atender grupos que já decidiram se envolver com a prática de atividade física. Por exemplo, um aluno, ao chegar para a aula de musculação, já venceu uma série de barreiras, e o profissional deveria se concentrar na prescrição do treinamento e possivelmente na aderência desse aluno. No setor de saúde, é fundamental pensar em estratégias para a adesão à atividade física.

2. Ampliar a concentração de disciplinas de Saúde Pública, contribuindo para a formação ampliada em saúde e a discussão dos determinantes sociais de saúde.

3. Resolver problemas na questão do estágio, há predominância pela procura pelo aluno de espaços tradicionais de trabalho, como a academia. Ter uma estrutura de supervisores de estágio, como é feito em outras áreas da saúde Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, entre outras, em que o aluno é supervisionado por um docente do próprio curso, diretamente nos serviços de saúde.

4. Necessidade do desdobramento da formação da prescrição individualizada para intervenções comunitárias

5. Mudar a predominância da formação na área de avaliação concentrada na avaliação física para a avaliação de ações, programas e políticas de promoção da atividade física. Assim, o entendimento de que a avaliação não deveria se concentrar somente na mensuração da aptidão física.

6. Mais estímulo do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Boa parte da formação do profissional de Educação Física se dá numa lógica da atuação profissional individual. Aumentar as experiências em que o estudante de Educação Física atue em conjunto com outras áreas.

7. Aumentar o conhecimento e a vivência sobre a necessidade de compreender o contexto de vida das pessoas de forma ampliada antes de intervir.

8. Aprender a atuar com educação permanente e com matriciamento, buscando ampliar as estratégias de promoção da atividade física junto com outros profissionais de saúde.

A Saúde Pública no Brasil propõe desafios para um novo direcionamento para formação dos profissionais do campo da saúde. Na área de Educação Física não é diferente. Os profissionais devem ter uma formação sólida na graduação para enfrentar desafios complexos, como a contribuição para a promoção da saúde e da atividade física. Em nosso ponto de vista, considerando também a experiência desenvolvida no curso de Educação Física e Saúde da EACH-USP (FLORINDO et al., 2012), uma formação adequada na graduação para atuar nesse cenário deveria ser composta da sinergia dos seguintes itens:

1. Projeto Político Pedagógico direcionado para a formação em saúde: cursos de graduação em Educação Física que busquem formar para atuação no SUS, deveriam deixar claro estes princípios no Projeto Político Pedagógico, bem como nas disciplinas que o compõe. Um ciclo básico que direcione os alunos e professores para atuarem e pensarem de forma interdisciplinar é de grande relevância, em consonância com a perspectiva profissional que parte do atendimento às necessidades individuais até às orientações direcionadas a grupos de pessoas. Neste sentido, um eixo específico de disciplinas para atuar no SUS, como Epidemiologia, Promoção da Saúde, Gestão em Saúde, Políticas de Saúde e sobre o funcionamento específico do sistema também são importantes.

2. Projetos de extensão direcionados para esta formação: é muito importante que os cursos tenham extensão voltada para projetos comunitários de promoção da atividade física e com participação multiprofissional e interdisciplinar.

3. Grupos de Programas de Educação Tutorial (PET) em saúde: a inserção de alunos nos grupos PET é muito importante para que o futuro egresso possa aprender a trabalhar em equipe e solucionar problemas em grupos no campo da Saúde Pública.

4. Estágios direcionados para o SUS: a oportunidade de estágios que possam ser realizados no SUS, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, NASF e Centros de Apoio Psicossocial.

5. Residências multiprofissionais em saúde: os cursos de graduação em Educação Física direcionados para esta formação deveriam pensar em formação continuada e oferecer para os seus egressos ou incentivá-los, para que participem de processos de seleção nessa modalidade de residência.

6. Mestrados profissionais em saúde: formação específica para atuação com promoção da atividade física no SUS, Estratégia de Saúde da Família, NASF e Centros de Apoio Psicossocial é essencial para melhorar a atuação dos profissionais de Educação Física neste segmento profissional.

7. Criação de Laboratórios Acadêmicos induzidas pelos estudantes em outros cursos da área da saúde e que permitem mais um espaço de atuação supervisionada e estudo.

8. Utilizar metodologias ativas de aprendizagem, como visitas didáticas, estudos de caso e resolução de problemas.

Os itens de 8 não esgotam as possibilidades, mas podem contribuir para uma formação adequada dos profissionais de

Educação Física para o enfrentamento dos problemas do SUS. Em nossa opinião, estamos no caminho para atingir uma formação apropriada em nível superior na área de Educação Física, para os enfrentamentos dos grandes desafios da Saúde Pública no Brasil, mas ainda distantes. Acreditamos que houve melhora nos últimos dez anos, em comparação com as décadas anteriores. A massa crítica de docentes graduados em Educação Física e que se formaram na pós-graduação em Saúde Pública e em áreas como a Atividade Física e Saúde aumentou muito  partir do ano 2000. Parte destes docentes hoje leciona em cursos superiores de Educação Física e estão contribuindo com a formação e o aprimoramento de recursos humanos na graduação e pós-graduação em Saúde Pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como em outros campos de atuação, a discussão sobre a formação profissional para o trabalho no SUS deve ser constante, porém, essa discussão deve ser pautada pela aproximação de saberes, avançando para a interdisciplinaridade e não para o rompimento entre diferentes concepções ideológicas ou partidárias, pois o complexo campo da saúde não pode ser reduzido a esta ou àquela concepção ou área do conhecimento. Acreditamos que apresentar a Saúde Pública como área atrativa de estudos e de futura atuação profissional para os alunos de graduação ainda é um trabalho árduo, devido à rápida inserção no mercado de trabalho em outras áreas já consolidadas que ofertam muito mais vagas para estágio e trabalho formal. Porém, o reconhecimento da importância da promoção da atividade física na Saúde Pú-

blica, n a crescente implementação das estratégias ligadas ao SUS, bem como as políticas de ampliação das equipes de saúde da família e, conseqüentemente, dos NASF, já está estimulando e contribuindo para uma nova formação em Educação Física para atuação profissional neste campo. É fundamental que os envolvidos nesse  processo possam compartilhar as suas experiências para memorar este processo.

REFERÊNCIAS

BANKOFF, A. D. P. et al. Estudo do perfil de municípios do estado de São Paulo sobre espaços físicos e projetos voltados à saúde da população. **Movimento & Percepção**, v. 5, n. 7, p. 76-95, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 719**: institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 07 de abril de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde**

de. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COUTINHO, S. S. **Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CRUZ JUNIOR, G.; CAPARRÓZ, F. E. A juventude rumo à docência: considerações acerca da formação profissional em educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, n. 1, p. 145-159, 2013.

DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: < www.datasus.gov.br >. Acesso em: 10 jun 2013.

DUMITH, S. C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl. 3, p. S415-S426, 2009.

FLORINDO, A. A. et al. Formação em educação física: o exemplo do curso de Ciências da Atividade Física da Universidade

de São Paulo. In: NASCIMENTO, J. V. e FARIAS, G. O. (Org.). **Construção da identidade profissional em educação física: da formação à intervenção**. Florianópolis: Editora da UDESC, v.2, 2012. p.587-603.

FONSECA, S. A. et al. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: ABENEFS. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2011.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 197-208, 2013.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da educação superior**. Disponível em: < <http://portal.inep.gov.br> >. Acesso em: 31 jul 2013.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade

física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 24, n. 1, p. 135-148, 2010.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

Programa nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

PRONI, M. W. Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 16, n. 3, p. 788-798, 2010.

SANTOS, S. F.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, n. 3, p. 188-194, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

06

Capítulo

O papel do profissional de educação física frente ao impacto global da atividade física

Diego Augusto Santos Silva¹

Eliane Cristina de Andrade Gonçalves²

Gabriel Renaldo de Sousa³

Heloyse Elaine Gimenes Nunes⁴

1 Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Física e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

3 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

4 Estagiário no Núcleo de Pesquisa em Cineantropometria e Desempenho Humano do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

A atividade física é um termo que está em voga em diferentes meios de comunicação. Rotineiramente, notas na imprensa divulgam informações acerca da importância da prática regular de atividade física em diferentes faixas etárias. Esse espaço que a mídia está dando à temática de atividade física é sim um avanço para a área de Educação Física, que durante muito tempo era vista somente como uma disciplina curricular ministrada na Educação Básica e/ou associada ao Treinamento Desportivo. Porém, quanto maior a visibilidade, maiores também são os desafios para os atores que trabalham com a temática.

A partir da metade do século XX, muitas pesquisas descreveram a importância da atividade física para a prevenção de agravos não transmissíveis à saúde e os problemas decorrentes da inatividade física. Na década de 90, foi publicado o primeiro relatório técnico compilando todas essas informações e traçando recomendações para a prática regular de atividade física em termos de saúde pública (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996). Esse relatório teve grande aceitação não somente na Educação Física, mas também nas áreas de Medicina e Saúde Coletiva, o que começou a abrir mais campos de trabalho e intervenção para os profissionais de Educação Física, que antes estavam delimitados ao universo escolar e à prática esportiva.

No início, as recomendações foram criticadas por parte de alguns profissionais de Educação Física, alegando que o volume e a intensidade da atividade recomendada eram muito baixos e que pouquíssimos benefícios à saúde eram adquiridos. Ao longo dos anos, as recomendações foram se aprimorando e ganhando

mais consistência teórica, a partir de um número maior de pesquisas mais bem delineadas. Todavia, as pesquisas comprovaram que aquelas recomendações iniciais em termos de saúde pública surtiam sim alguns efeitos positivos para a saúde das pessoas. Dessa forma, se consolidava cada vez mais um novo campo para o profissional de Educação Física intervir, que era o campo da Saúde Pública.

Em comparação a outras profissões da área da saúde, como a Enfermagem e a Medicina, a Educação Física ainda está iniciando no campo da Saúde Pública, porém, o objeto de estudo e intervenção (Atividade Física) apresentam impacto global significativo à medida que níveis adequados de atividade física são responsáveis por prevenir diversas doenças e agravos não transmissíveis. Porém, há ainda controvérsias sobre o real papel do profissional de Educação Física frente ao impacto global da atividade física e a atuação no sistema de saúde. Assim, o presente capítulo tem como objetivo delinear diferentes estratégias de ação para o profissional de Educação Física atuar com a Promoção da Saúde, com a Vigilância em Saúde e com a Estratégia Saúde da Família. Além disso, esse capítulo também aborda uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde para ajudar na formação continuada e atualização do profissional de Educação Física do setor saúde.

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O termo Promoção da Saúde começa a ser utilizado no século XVIII e XIX para verificar relação entre os processos de adoeci-

mento e morte e as condições econômicas e sociais de determinados grupos que são influenciados por ações dos indivíduos e iniciam um novo serviço, com objetivo de evitar a propagação de doenças. (Rosen, 1994). Mais especificamente por volta dos anos 80, fica constatado o uso demasiado de medicamentos na população, trazendo prejuízos financeiros tanto ao governo como para população e, em 1986, após diversas discussões, o termo Promoção de Saúde é finalmente formalizado por meio da carta de Ottawa. O conceito adotado é marcado por processos de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de qualidade de vida e saúde. O documento ainda acrescenta que, para se atingir completo bem estar, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas necessidades e saber como modificar favoravelmente o meio ambiente no qual residem (Czeresnia, 2003).

Buss (2002) fala que as atividades de Promoção da Saúde dirigidas aos indivíduos e às famílias pretendem exercer influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no estilo de vida que sejam sabidamente nocivos, assim como estimular aqueles que reconhecidamente contribuem para a manutenção da saúde. O Ministério da Saúde do Brasil entende que a Promoção da Saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e inter setorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Que tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de

trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2010).

Para os profissionais da Saúde destaca-se a importância de se trabalhar em conjunto com cinco estratégias de promoção à saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre estes campos de ação representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população (Buss, 2002; Heidmann et al., 2006). Os profissionais neste processo têm o importante papel de conhecer o conjunto das premissas e promover o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando a cultura, os valores, a condição de vida, devendo buscar ações inter setoriais para atuar em diversos fatores que interferem na saúde, como educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outros (Heidmann et al., 2006).

O profissional de Educação Física tem papel fundamental para a Promoção da Saúde, e isso fica cada vez mais evidente, por exemplo, no lançamento da terceira edição da Política Nacional de Promoção de Saúde pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010). A atividade física é entendida como componente essencial para Promoção de Saúde que visa suas ações na rede básica de saúde e na comunidade, com objetivos de a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações; b) ofertar práticas corporais/atividade física, como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis; c) capacitar os trabalhadores de saúde em

conteúdos de promoção à saúde e às práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo; d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividades físicas; e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores, nos três níveis de gestão, a importância de ações voltadas para melhorias ambientais, com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física; f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e g) incentivar articulações inter setoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

Assim, para que os serviços de saúde promovam a saúde é necessário que os profissionais de Educação Física compreendam e ampliem sua visão de Promoção à Saúde, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção e reformulação do sistema de saúde e dialoguem frequentemente com outras profissões e com a comunidade.

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A construção e consolidação da Vigilância em Saúde (VS) foi institucionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, e em 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, que é responsável pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde de todo o território brasileiro.

O princípio do modelo da VS baseia-se na territorialidade, que é entendida como um espaço de convivência de grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de habitação, de trabalho, de renda, de acesso à educação, enfocando o indivíduo como objetivo final e como parte do meio ambiente e de concepções de saúde e doença. A VS define os problemas em um conjunto de prioridade, obtendo recursos para atender à necessidade de saúde da comunidade, considerando sempre, a especificidade de cada situação (Campos, 2003).

Os problemas de saúde são analisados e controlados de forma integrada por diversos setores que englobam cinco áreas dentro da VS: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância da Situação em Saúde. De modo geral, essas cinco vertentes são responsáveis pelo monitoramento epidemiológico de morbidade e mortalidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, intervir nos problemas sanitários e de meio ambiente, promoção e proteção da saúde do trabalhador e estudos dos comportamentos dos principais indicadores de saúde, respectivamente (Ministério da Saúde, 2010). Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na concepção, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e enxerga a comunidade e o indivíduo como sujeito de um processo.

As ações da VS estão inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família, com encargos e responsabilidades definidas em território único de atuação, planejando, monitorando, integrando e executando os processos de trabalhos. Quando planejadas e concretizadas com base em notificação de doenças e agravos, as ações auxiliam na elaboração de

indicadores locais de saúde que acabam por orientar o desenvolvimento de intervenções e, conseqüentemente, a influência nas mudanças que melhoram a qualidade de vida da comunidade (Silva; Philippi, 2010).

A mudança na qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade está ligada a outro aspecto fundamental da VS, que é a promoção da saúde para a população. Essa política tem a finalidade de promover o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde, auxiliando a população na redução da vulnerabilidade e riscos à saúde associados aos determinantes e condicionantes, como alimentação básica, condições de moradia e de trabalho, educação e acesso a bens e serviços essenciais.

As ações específicas voltadas para a promoção da saúde da população englobam: redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, redução da morbimortalidade em decorrência do álcool e do uso de outros tipos de drogas, prevenção e controle do tabagismo, prevenção da violência e estímulo à paz, promoção do desenvolvimento sustentável, alimentação saudável e atividade física (Ministério da Saúde, 2010).

Considerando o profissional de Educação Física como um agente da saúde e as vertentes que são voltadas à VS, o mesmo deve atuar de forma a auxiliar nos condicionantes da saúde. A ação inicial deve ser voltada à análise minuciosa da situação da saúde em que se encontra a região que o profissional está atuando. Para tanto, faz-se necessário a caracterização da área geográfica dentro dos aspectos sociodemográficos e de condições de vida, como número de habitantes com distribuição de sexo, idade, local de residência, renda, condições básicas de saneamento, água e esgoto, condições de habitação, acesso ao transporte, segurança

e lazer.

O incremento da atividade física para uma população também contribui decisivamente com a saúde pública, eis que há reduções significativas de custos com tratamentos, inclusive hospitalares, uma das razões dos seus consideráveis benefícios sociais. Há uma forte associação entre estilo de vida ativo e redução de indicadores de morbidade e mortalidade, os quais se tornam fatores condicionantes para identificação e descrição dos reais problemas de saúde enfrentados pela comunidade. Para tanto, ações e iniciativas voltadas para o conhecimento prévio da prática regular de atividade física e a prevalência e cuidado de doenças que possam estar associadas a baixos níveis dessa prática regular devem ser realizadas.

Para que as ações sejam integradas, coordenadas e concretizadas, há a necessidade da realização de um planejamento contínuo e dinâmico pelo profissional de Educação Física, a fim de possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. Esse planejamento deve apresentar intenções e resultados esperados expressos em diretrizes, objetivos e metas voltados à melhoria dos condicionantes de saúde e, conseqüentemente, à qualidade de vida e promoção da saúde da população. Deve servir como base para execução, acompanhamento e avaliação das intervenções.

Com a execução do planejamento, as ações devem ser realizadas com enfoque na investigação, controle e prevenção da ocorrência de eventos adversos à saúde. Essas intervenções serão pautadas em ações que envolvam a coleta de informações para auxiliar na detecção dos casos, como: antever a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos; identificação e documentação de novos problemas de saúde e suas disseminações; detecção de epidemias e recomendação de

medidas necessárias para a prevenção e controle da ocorrência de específicos agravos à saúde. Para tanto, uma forma simples e eficaz é a realização de visitas domiciliares e entrevistas com a população em foco, as quais possibilitam a investigação e o conhecimento das formas de comportamento e hábitos de vida da família e questões voltadas a riscos de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.

Os dados sobre a ocorrência dos agravos abrangem a decisão no tocante às respostas sobre qual o perfil das pessoas que não praticam atividade física e que, conseqüentemente, apresentam maior risco de serem acometidas por doenças e agravos não transmissíveis. O agir deve ser pautado em intervenções que possibilitem mudanças de comportamento de indivíduos sedentários bem como o controle e cuidado daqueles já adoecidos, considerando sempre suas especificidades e as reais necessidades da população e das condições sociodemográficas da região em foco. O cuidado deve ser contínuo e sempre aprimorado, para que haja melhoria na qualidade de vida desses sujeitos. Ademais, para a comunidade que pratica atividade física regular, esse comportamento deve ser estimulado e mantido, evitando recaídas para um hábito não saudável.

É importante ressaltar que qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre o conjunto, a comunidade. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece e, para que haja essa melhoria da qualidade vida da população, é preciso promover a saúde de um indivíduo no contexto em que ele se insere no espaço em que ele vive (Campos, 2003).

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um importante passo na saúde pública, visto que veio substituir o modelo tradicional médico centrado na doença para um modelo que visa a promoção, prevenção e reabilitação. A partir de 1994, o SUS teve suas ações fortalecidas com a criação do Programa Saúde na Família (PSF), a atual Estratégia Saúde na Família. A transformação do PSF em ESF estabeleceu um novo ciclo com ênfase na atenção primária à saúde como reorganizadora do SUS e coordenadora das redes de atenção à saúde (Mendes, 2012).

Os sistemas de atenção à saúde devem ser estruturados de forma a estabelecer sintonia com a situação de saúde da população. O SUS ainda está voltado a atender condições e eventos agudos, enquanto que a situação de saúde da população apresenta predominância de condições crônicas (OMS, 2008). Essa incoerência do sistema de saúde pode ser sustentada por uma razão cultural de que as doenças crônicas são uma ameaça distante ou menos importante que as condições agudas. Contudo, o apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) teve origem na crescente percepção entre gestores e formuladores de políticas de saúde de que a APS contribui para um rumo mais claro e adequado para o atual modelo de saúde, bem como a conscientização de que a prestação de cuidados convencionais não é tão eficaz e apresenta um conjunto de vícios e contradições (OMS, 2008).

Desde a criação da ESF houve um aumento considerável de municípios com equipes implantadas, caracterizando um relativo sucesso da proposta. (Mendes, 2012). A grande inovação da ESF foi focar principalmente a família e não o indivíduo, além

do raciocínio baseado nas análises das situações regionais/locais, levando-se em conta o ambiente onde as pessoas vivem para organizar os serviços de promoção da saúde (Mendes, 2012).

Mas por que focar na família? A eleição da família como foco da atenção se dá porque a ESF se orienta pela Promoção da Saúde, e a família desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis; a família funciona como tradutor de toda uma dinâmica social, micro reproduzindo conflitos, dificuldades, necessidades e outras questões que afetam o equilíbrio do processo saúde e doença; a família é prioritariamente provedora de cuidados que são necessários para o restabelecimento e manutenção da saúde (Brasil, 2005).

O modelo de saúde da família propõe atuar sobre os determinantes sociais da saúde, assim há evidências de que os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes das condições crônicas (Mendes, 2012). O Ministério da Saúde propôs um Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, que apresentou como metas a redução da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, a detenção do crescimento da obesidade em adultos e o aumento da atividade física no lazer (Brasil, 2011). No plano micro, as ações incentivadas foram: priorizar o Programa Academia da Saúde que consiste na construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física, articulados com a APS; propor intervenções de atividade física nas unidades da ESF, por meio de atividades educacionais, operacionais e de autocuidado apoiado, direcionadas para pessoas com condições crônicas (Mendes, 2012).

A Estratégia Saúde na Família tem como desafio a situação epidêmica das condições crônicas, e a atividade física tem sido

uma importante estratégia de promoção de saúde e prevenção dessas condições (Mendes, 2012). Assim, o estilo de vida e a atividade física estão intimamente relacionados com o cenário de saúde atual. Contudo, os membros da equipe da ESF devem dispor de habilidades, atitudes e instrumentos para dar apoio ao autocuidado, que gere aproximação com as novas tendências do cuidar (Mendes, 2012). Assim, o profissional de Educação Física deve ter a formação repensada, uma vez que suas atribuições são diferentes da formação tradicional que vigorou/vigora por muitos anos (Anjos; Duarte, 2009).

Algumas modificações na formação surgiram para atender esta demanda como as residências multiprofissionais, a fim de sensibilizar para as demais esferas do processo saúde-doença e despertar para o reconhecimento do limite da ação uniprofissional no cuidar. Outro aspecto pertinente foi o crescimento de pesquisas e do ensino em saúde dirigidos ao serviço básico, com foco não apenas na pessoa, mas também na comunidade (Anjos; Duarte, 2009).

Por fim, o quadro epidemiológico da população, caracterizado por predominância de condições crônicas tem estimulado ações voltadas para prevenção e promoção de saúde. Diante da difusão da relevância da atividade física neste processo de saúde-doença, pode-se visualizar um momento favorável para o profissional de Educação Física consolidar seu papel perante a sociedade, rompendo com a visão de sua função desportiva e individualista, bem como com a barreira de atuar em ambientes que antes eram considerados exclusivamente médicos.

PORTAL SAÚDE, BASEADA EM EVIDÊNCIAS: MAIS UMA FERRAMENTA PARA SUBSIDIAR O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUA NA ÁREA DA SAÚDE

No mês de Junho de 2012 aumentou a quantidade de notas técnicas no site do Ministério da Saúde do Brasil a respeito de mais uma ferramenta que servirá para qualificar os profissionais de saúde. O portal Saúde, Baseada em Evidências, é uma plataforma que disponibiliza gratuitamente aos profissionais de saúde um amplo banco de dados, composto por documentos científicos da área de saúde, como fotos, vídeos e outras ferramentas (calculadoras médicas e de análise estatística). Esta plataforma está disponível para os profissionais de saúde das 14 profissões regulamentadas no Ministério da Saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Todos os profissionais cadastrados nos conselhos de classe da área terão acesso à plataforma mediante um cadastro prévio no próprio sistema. Esta iniciativa estimulará os profissionais que não estão frequentando cursos de pós-graduação a terem acesso de maneira igualitária a artigos científicos de qualidade, que antes só poderiam ser acessados por alunos de pós-graduação e por professores universitários, com acesso aos periódicos assinados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Sem dúvida, esta iniciativa é um grande passo para a disseminação do conhecimento científico e para a qualificação do profissional de Educação Física que atua na área da Saúde.

Embora o lançamento desta plataforma seja instrumento de

aplausos, algumas reflexões necessitam ser realizadas para que se possa entender o porquê da importância desta ferramenta e estimular os profissionais de Educação Física a fazer uso diariamente deste portal para melhorar o atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, público e privado, do Brasil.

A Medicina Baseada em Evidências é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica (El Dib, 2007). Ou seja, os resultados das pesquisas científicas com validade interna e externa de boa qualidade devem ser empregados na prática clínica. Tais conceitos devem ser difundidos cada vez mais nos cursos de formação em Educação Física, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados, o nivelamento entre as profissões da saúde e o reconhecimento do profissional de Educação Física perante a sociedade. Embora o conceito Medicina Baseada em Evidências seja útil para as pesquisas e os serviços na área da saúde em geral, os profissionais e os pesquisadores da área de atividade física devem começar a difundir um novo termo e um novo movimento a partir do lançamento do portal (i.e. ***Atividade Física baseada em evidências***). Pensa-se no movimento ***Atividade Física baseada em evidências*** como a ligação entre as pesquisas científicas e a promoção da atividade física nos serviços de saúde. Tais termos podem ser usados também como uma forma de estimular a utilização do portal pelos profissionais de Educação Física que atuam na área da saúde.

Outra reflexão que deve ser analisada é a demora demasiada para a socialização do saber científico no Brasil. Fazendo uma busca na base de dados PubMed, até a data de 29 de Outubro de 2013, com os termos Health e Brazil no título e/ou no resumo, foram encontrados 10.018 artigos, sendo que o primeiro foi lançado em 1941. Para comparativo com o presente texto, a busca

foi realizada também com os termos Health e United States, sendo encontrados 41.215 artigos, com o primeiro datado do ano de 1873. A demora foi de 71 anos, desde a publicação do primeiro artigo com o nome do Brasil no título disponível na base de dados PubMed, para ser lançado um portal de acesso livre para os profissionais da área da saúde. Embora seja uma espera longa, ela chegou ao fim.

Alguns desafios aparecem com a criação deste portal: 1) para habilitação do acesso ao portal por meio dos profissionais, os conselhos de classe de cada área devem enviar ao Ministério da Saúde informações de cada profissional, para que eles possam fazer o cadastro no sistema. Desta forma, o Conselho Federal de Educação Física tem que atualizar frequentemente essas informações, haja vista que diariamente há profissionais se cadastrando no Conselho de Classe. Outra situação necessária para que o profissional de Educação Física seja ator frente ao impacto global da atividade física é o acesso ao portal, pois não adianta somente os profissionais terem o cadastro no sistema, é necessário acessá-lo. O MS poderá saber quem acessou, em qual base de dados foi o acesso e quais os assuntos mais procurados, o que permitirá o planejamento e aperfeiçoamento da própria ferramenta.

Por fim, parabeniza-se o Ministério da Saúde pela iniciativa, porém, é importante que os profissionais de Educação Física façam uso frequente desta ferramenta para as tomadas de decisões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Educação Física voltado para a saúde ganha espaço e passa por um excelente momento perante a sociedade e órgãos públicos. O impacto positivo da Atividade Física para os profissionais de Educação Física abre espaço para novos campos de atuação que necessitam de profissionais qualificados para atuação e capacitação da sociedade em relação à temática da Atividade Física. O papel do profissional de Educação Física na Promoção da Saúde da população, na Vigilância em Saúde e na Estratégia Saúde na Família são apenas algumas vertentes de intervenção e atuação dessa área que emerge fortemente no campo da saúde pública. Ademais, a formação e qualificação do profissional de Educação Física passa pela atualização e leitura de pesquisas científicas que se encontram de fácil acesso no portal Saúde Baseada em Evidências.

REFERÊNCIAS

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 4, pp. 1127-1144, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, vol. 2, n. 6, pp. 50-63, 2002.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, vol.8, n.2, pp. 569-584, 2003.

CZERESNIA, D.O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS C.M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EL DIB, R.P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, vol. 6, n. 1, pp. 1-4, 2007.

HEIDMANN, I.T.S.B.; et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 15, n. 2, pp. 352-258, 2006.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia**

da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. 1a ed. Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008: cuidados de saúde primários**. Agora mais do que nunca. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SILVA, A.M.; PHILIPPI, J.M.S. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Vigilância em saúde, 2010.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

07

Capítulo

Experiências da educação física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde

Sueyla Ferreira da Silva dos Santos¹

Mathias Roberto Loch²

Rossana Arruda Borges³

Maria Francisca dos Santos Daussy⁴

1 Professora do Curso de Educação Física na Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia, Parintins.

2 Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Professor do Departamento de Educação Física na Universidade Estadual de Londrina.

3 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Educadora Física do Programa Academia da Cidade, Recife.

4 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Departamento de Integração Ensino e Serviço em Saúde da Secretaria Municipal de saúde de Florianópolis.

INTRODUÇÃO

A conformação da estrutura de políticas sociais públicas alcançou seu ápice a partir da segunda metade do século XX. No contexto da saúde, esta configuração social e econômica de muitos países fez emergir a construção de sistemas de saúde, sendo incorporadas diferentes formas de organização e oferta dos serviços. Inicialmente, os hospitais e a medicina especializada eram as principais ferramentas de atenção à saúde, o que gerou um alto custo com a assistência médica ofertada e uma visão centrada principalmente em uma perspectiva biológica da saúde.

Essencialmente duas formas de organização podem ser destacadas: os Sistemas Nacionais Públicos de Saúde, implementados nos países socialistas e na maioria da Europa; e o Modelo Liberal Privatista que se desenvolveu em alguns países, principalmente nos Estados Unidos da América. As características principais destes modelos centram-se no acesso e regulação dos serviços, sendo que, nos sistemas nacionais públicos de saúde, o acesso é universal, tendo regulação e financiamento diretamente pelo estado; já no modelo liberal privatista, a oferta dos serviços à população está condicionada à compra destes serviços pelo usuário, seja por pagamento direto ou mediado, via associações e empresas que se colocam como prestadores privados de assistência à saúde (Coelho, 2008).

No Brasil, o modelo vigente atualmente de saúde foi estruturado como sistema público. O Sistema Único de Saúde (SUS) busca ser organizado de forma hierarquizada e regionalizada. Tal estrutura tem como eixo norteador da coordenação do cuidado a Atenção Primária em Saúde (APS), corroborando com o modelo de saúde do Reino Unido, apresentado no Relatório de

Dawson, em 1920, um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS e influenciar nos modelos dos sistemas de saúde de vários países (Lavras, 2011). O alcance da magnitude internacional da APS foi atingido, principalmente, após a publicação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, realizada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978.

Deste modo, o SUS, criado pela atual constituição federal, em 1988, em consonância com os princípios e diretrizes internacionais, preconiza o acesso universal e igualitário aos serviços, assumindo a saúde como um direito do cidadão e dever do estado. Em nível de organização e cuidados à saúde, o fortalecimento da APS, incorporando a meta de saúde para todos, visa enfatizar as práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Como ressalta Starfield (2002), o cuidado primário em saúde prevê uma ação regular e longitudinal de uma equipe às famílias e à comunidade de uma delimitada área, sendo este o primeiro contato do usuário com a rede de atenção à saúde, repercutindo tal responsabilidade na coordenação do cuidado em outros níveis de atenção especializada, quando conveniente à necessidade de saúde do usuário.

Neste contexto, surge a Estratégia de Saúde da Família, baseada no Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, iniciado em 1991, na região nordeste do País (Barros et al., 2010). As características principais deste modelo remetem-se à priorização da atenção da família em seu território social e físico, ampliando a resolução dos problemas de saúde, com ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidado à saúde.

O Ministério da Saúde (MS), como estratégia de potencialização e qualificação da APS, fomentou a criação de equipes com-

plementares e estruturas de apoio à Equipe de Saúde da Família (ESF), tendo, como exemplo de equipe complementar, a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista e técnico(a) de saúde bucal integradas a uma ou duas ESF. Além da atenção à saúde bucal, outras demandas são emergentes para atender a complexidade de problemas de saúde da população, sendo assim, novos modelos de cuidados colaborativos foram vivenciados e efetivados enquanto políticas de saúde.

Entre as novas estruturas de apoio a APS, destacam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Academia da Saúde, formados por equipes multiprofissionais, entre elas, categorias de inserção recente da saúde pública. A Educação Física, encontra-se neste leque de profissões e, para atender estas novas áreas de atuação, necessita integrar novas metodologias de ensino e estruturas de formação profissional, com enfoque na saúde.

As reflexões sobre temas que compõem discussões contemporâneas na Educação Física, como os novos campos de prática, as políticas públicas indutoras da inserção do profissional da educação física na área da saúde e os processos de formação em graduação e pós-graduação, são os eixos principais deste manuscrito. Busca-se apontar desdobramentos e posicionamentos sobre a formação e atuação no cotidiano do Profissional de Educação Física no serviço de saúde.

O objetivo deste capítulo é dialogar com a perspectiva atual de formação e atuação do profissional de Educação Física em importantes políticas de promoção da saúde e fortalecimento da APS, destacando a atuação da Educação Física, bem como as possibilidades de formação profissional para a saúde.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são uma das principais estruturas de apoio matricial às ESF, estabelecendo o papel fundamental de ampliar o escopo das ações e aumentar a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados na APS. Espera-se que este novo modelo de articulação da rede de saúde potencialize as ações da Estratégia de Saúde da Família, aumentando, conseqüentemente, a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados no cotidiano de vida das pessoas e comunidades (Brasil, 2008a).

O Apoio Matricial (AM) é o principal modelo de cuidados colaborativos no Brasil, pretendendo, a partir da prática integrada à APS, estimular a construção de saberes, centrando a ação no sujeito e não na doença. As primeiras vivências relacionadas a esta metodologia integrativa de trabalho surgiu em Campinas, pela articulação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com a Secretaria Municipal de Saúde, em práticas de suporte à rede de Saúde Mental na Atenção Básica.

Neste modelo de atenção, as especialidades/especificidades adotam um lugar de apoio, em contradição a uma lógica fragmentada e hierárquica de trabalho. Segundo Campos e Domitti (2007), o AM visa garantir a retaguarda especializada, apoio técnico e pedagógico às equipes de saúde de referência. A dimensão técnica ou assistencial está vinculada à produção da ação clínica com o usuário do serviço e a dimensão pedagógica, refere-se ao apoio educativo destinado às equipes de saúde. Evidentemente, que em muitas situações, ambas as dimensões acabam se mesclando (Brasil, 2009).

O AM se instrumentaliza por meio das capacitações,

discussões de casos, intervenções conjuntas com as famílias e comunidade (Brasil, 2005a). Esta metodologia de trabalho busca oportunizar a ampliação das possibilidades de vínculo e trabalho clínico/sanitário, uma vez que, isoladamente, nenhum especialista, pode assegurar uma abordagem integral à saúde e estimular a autonomia do usuário (Campos; Domitti, 2007). Portanto, o fato de reunir profissionais de diferentes áreas de conhecimento e especialidades não propicia, necessariamente, o cuidado colaborativo.

Revisando o processo histórico de implantação do NASF, enquanto política, a primeira experiência surgiu em julho de 2005, com os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), formado por quatro modalidades de ação em saúde: alimentação/nutrição e atividade física, atividade física, saúde mental e reabilitação (Brasil, 2005a). Tal portaria de criação do NAISF foi reajustada, incorporando novas áreas de atuação e novas diretrizes para organização do trabalho. Em 2008, o NASF foi criado pela Portaria nº 154 e, desde então, as ações estratégicas foram ampliadas para atividade física/ práticas corporais, reabilitação, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2008a).

Com a nova Portaria nº 2.488/11, referente à Política Nacional da Atenção Básica, outras mudanças foram realizadas quanto à ampliação de categorias profissionais que podem ser credenciadas, os critérios de adesão aos municípios, o número de equipes de saúde da família assistida, entre outras. Acompanhando os oito anos de criação da primeira portaria do NASF, os dados indicam elevado potencial de crescimento e expansão, justificado em especial pelo incentivo federal destinado à ampliação da rede

de APS. O número de equipes do NASF, de 2008 a 2011, quadruplicou, sendo que, em média, cada equipe de NASF era composta por seis profissionais. A Educação Física é uma das cinco profissões mais recrutadas para atuar no NASF. As outras são: Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social (Santos, 2012).

O Profissional de Educação Física está presente em quase metade das equipes do NASF, demonstrando uma importante representatividade (Santos, 2012). Os estudos relacionais a esta temática têm evidenciado que a intervenção do profissional de Educação Física no NASF encontra-se centralizada na formação de grupos educativos para realização de atividades físicas (Souza, Loch, 2011). Em análise aos quatro pilares fundamentais do AM, a Educação em Saúde, Educação Permanente, Controle Social e Clínica Ampliada, observou-se que os profissionais que receberam capacitação pedagógica pela gestão e que estão no NASF desde a implantação, têm maior chance de realizarem atividades que contemplem três ou mais componentes do AM (Santos, 2012).

Estes resultados demonstram a necessidade fundamental de qualificação da formação profissional para atuação na saúde, para que assim haja uma assistência qualificada em Educação Física no âmbito da saúde. Acompanhando o processo de trabalho das equipes de NASF, alguns entraves podem ser destacados, especificamente para a intervenção e avaliação da atuação do profissional de Educação Física. A partir de relatos e observação in loco, três aspectos podem ser destacados: registro das atividades, código de ocupação profissional e fluxo de integração com a rede de saúde. Tratando-se dos dois itens iniciais, podemos identificar mudanças ocorridas nos códigos de ocupações brasileiras (CBO) e de registro de procedimentos dos profissionais do NASF.

Anteriormente, os profissionais de Educação Física poderiam se credenciar em até sete opções diferentes de CBO, o que dificulta o controle de produtividade e a identidade do profissional que atua na saúde. Cada um destes CBO possuía um leque diferenciado de registros de atividades, que, com o decorrer do tempo, foram sendo ampliados, na tentativa de ajustar a realidade do cotidiano de trabalho do profissional.

Em 11 de março de 2013, uma nova relação de ocupações para cadastramento do NASF foi apresentada e, na tentativa de conglomerar os dados, a ocupação de Professor de Educação Física na Saúde definiu-se como a nova ocupação de cadastro deste profissional no NASF. Se por um lado esta nova descrição contribuiu para o processo organizacional, por outro, confronta-se com as terminologias anteriormente definidas e com a própria Resolução nº 218/97 que reconhece como da área da saúde o Profissional de Educação Física, sendo esta a terminologia legalmente utilizada para descrição do profissional da área da Educação Física que atua na saúde.

Tratando-se da articulação do profissional de Educação Física com a rede de saúde, havia uma baixa capilaridade na Educação Física no SUS, estando presentes profissionais de Educação Física nos serviços de saúde, de modo instável e isoladamente. Com as mudanças nas políticas de saúde, o Profissional de Educação Física pôde estar presente em diversos serviços compostos por equipes multiprofissionais, como o Centro de Atenção Psicossocial, de reabilitação, de convivência social e na Estratégia de Saúde da Família.

Ademais, existe também a possibilidade de serem elaboradas parcerias entre os profissionais de Educação Física do NASF e da Academia da Saúde, além de outros programas/projetos locais

existentes nas diferentes realidades, visto que a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) aponta como uma das atividades fundamentais nas ações de promoção da atividade física, o mapeamento das ações já existentes e provenientes de outros setores da sociedade. Contudo, indiretamente, tem-se observado a dificuldade de gestores e trabalhadores em diferenciar os papéis do profissional de cada uma destas instâncias, o que muitas vezes são conformados como atividades similares e/ou sobrepostas.

Este equívoco faz com que a presença da Educação Física nestas duas instâncias, em um mesmo município, seja contestada, ou agregadas duas funções para um mesmo profissional. O trabalho em rede ainda confronta alguns “nós críticos” para sua aplicabilidade na saúde, estratégias de comunicação, definições de papéis e aproximação dos serviços de saúde são elementos contribuintes para o nivelamento dos problemas encontrados para regulação e coordenação do cuidado na saúde das pessoas. A aposta de mudança desta e de outras realidades encontradas na saúde tem sido a mudança na formação profissional, fator este primordial para que os profissionais de saúde estejam preparados para atender as demandas e expectativas presentes no campo da saúde pública e coletiva.

ACADEMIA DA SAÚDE

A atividade física tem sido considerada um dos principais fatores de proteção para diversos agravos à saúde. De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), divulgada pelo Ministério da Saúde, em 2011, apenas 30,3%

da população brasileira (≥ 18 anos) praticam atividade física suficiente no tempo livre. Este cenário ratifica a importância da construção de espaços públicos para o desenvolvimento de atividades físicas enquanto ações efetivas de melhoria da saúde da população.

Neste sentido a construção de um programa de âmbito nacional tomou como referência as iniciativas bem sucedidas realizadas em algumas cidades, como Recife, Aracaju, Curitiba e Belo Horizonte. Esses programas buscaram eliminar barreiras como, por exemplo, “a inexistência de espaços públicos de lazer que diminui a possibilidade de acesso às práticas corporais pela maioria da população” (Brasil, 2013).

O Programa Academia da Cidade (PAC) do Recife trata de um programa pioneiro (foi iniciado em 2002), e também por sua dimensão, já que ocupa mais de 20 polos distribuídos estrategicamente pelo Município, desde 2008. Este e outros programas da América Latina têm atraído a atenção de órgãos internacionais, como o observatório internacional United Cities and Local Governments (UCLG) e a Universidade de Coimbra (Portugal). O Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e demais instituições de ensino superior, desenvolveu o Projeto *Guide for Useful Interventions for Activity in Brazil and Latin America* (GUIA), que tem como principal objetivo avaliar a efetividade dos programas de promoção da atividade física na América Latina (Hoehner et al., 2008, Pratt et al., 2010).

Foram avaliados os PAC nos municípios de Recife, Belo Horizonte e Aracaju, bem como o programa Curitibativa e o SOE (Serviço de Orientação Educacional) de Vitória. Alguns dos resultados dessas avaliações reforçam que os programas

comunitários de promoção da atividade física são potencialmente importantes estratégias para a promoção da saúde no contexto das populações latino-americanas. (MALTA et al., 2013).

Neste contexto emerge o programa Academia da Saúde, criado pela Portaria de nº 719 de 11 de abril de 2011, que se caracteriza como uma política de promoção da saúde com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. Alguns princípios que norteiam o programa são: autonomia do sujeito, protagonismo social, intersetorialidade, interdisciplinaridade, transversalidade, gestão compartilhada e Saúde e Lazer como direitos de todo cidadão (Brasil, 2011).

Tal iniciativa foi prevista no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), buscando estimular a criação de espaços adequados para a prática de atividade física, orientação nutricional, oficinas de artes cênicas, dança, palestras e demais atividades que promovam modos de vida saudáveis. O objetivo é estimular a promoção da saúde bem como a prevenção e a redução de mortes prematuras por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estas são medidas que têm como meta melhorar indicadores relacionados ao tabagismo, álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e obesidade, até 2022.

O Programa está inserido na APS dos municípios em articulação com toda a rede de serviços de saúde, bem como com outros equipamentos sociais, considerando os princípios, as diretrizes e os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica à Saúde (PNAB). De acordo com as Portarias nº 1.401/GM/MS e nº 1.402/GM/MS, de 15 de junho de 2011, se instituem, no âmbito dessas duas políticas, os incentivos para o custeio das ações de promoção da saúde desde programa.

Recentemente, a portaria nº 406 de 15 de março de 2013 propõe a expansão das ações do Programa Academia da Saúde aos Municípios para atender às comunidades com população egressa de hospitais que foram colônias de internação compulsória para pessoas acometidas pela hanseníase nos Municípios que sediaram esses hospitais. São 30 hospitais aptos a participarem do Programa Academia da Saúde pertencentes a 30 municípios, nos seguintes estados: AC, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RS, SC e SP.

Até a presente data, diversas são as portarias que autorizam o repasse financeiro para a construção de polos da Academia da Saúde. Entretanto recentemente o repasse financeiro deixou de ser fundo a fundo e passou a ser por emenda parlamentar. Esse novo formato prevê mudanças que podem interferir neste processo de expansão. A meta seria construir quatro mil polos até 2014. Atualmente, há um total de 2.868 polos habilitados para construção e destes, 151 já estão com suas obras concluídas. Isso reflete um total de aproximadamente de R\$ 129 milhões de investimento do Ministério da Saúde para a concretização deste programa. Todos os estados e o Distrito Federal estão participando desse processo de implantação, sendo destinado um edital específico para polos advindos de programas preexistentes (n=155) ao Programa Academia da Saúde.

Assim, a proposta da Academia da Saúde representa uma importante possibilidade de ampliação do acesso à população de ações integradas às políticas de saúde, educação, cultura, esporte, entre outras. Acrescenta-se ainda a contribuição para a utilização de espaços públicos de lazer, que buscam favorecer a redução de violências, melhoria da qualidade de vida e de escolhas por modos de vida saudáveis, dando estímulo à mobilização social

para valorização da cultura local e do saber popular. A seguir serão apresentadas características gerais do programa, tomando como referência principal a portaria de nº 719/11.

A respeito dos recursos financeiros cada município contemplado recebe 20% do valor previsto para a totalidade do projeto, cujas obras devem ser finalizadas em até 24 meses. Para receber as outras parcelas de recursos, o gestor municipal deve apresentar os documentos solicitados pelo Ministério da Saúde, comprovando a conclusão das etapas da obra. Os incentivos variam entre R\$ 80 mil (para porte básico), R\$ 100 mil (para porte intermediário) e R\$ 180 mil (para porte ampliado).

Após finalizada a construção do polo da Academia da Saúde, os municípios que possuam NASE, deverão solicitar recurso de R\$ 3 mil mensais, que será repassado fundo a fundo, de forma regular e continuada. Se não possuir um NASE, ao solicitar, o município receberá uma única parcela anual de R\$ 36 mil, o que inclui também os municípios que tinham estruturas semelhantes às Academias da Saúde. Os incentivos de custeio destinam-se ao pagamento das despesas correntes, como capacitação, pagamento de profissionais e aquisição de material de consumo. A equipe responsável pelos Polos será composta essencialmente por profissionais de saúde da APS, especialmente profissionais de Educação Física dos NASE, podendo também ser agregados profissionais de outras áreas do setor público.

Para cada polo do Programa Academia da Saúde será obrigatório o cadastramento de profissionais de saúde de nível superior, na quantidade mínima de um profissional, com carga horária semanal de 40 horas ou dois profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais. Estes profissionais tanto desenvolvem atividades nos polos (estrutura núcleo

do Programa) como também realiza suas ações em Unidades de Saúde, Centros de Apoio Psicossocial, Centros Comunitários, Associação de moradores, entre outros espaços públicos. Poderá haver parceria com Universidades, a participação de estagiários das áreas relacionadas à prática de atividade física.

Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento majoritário das atividades. Sua concepção arquitetônica deve refletir um sentimento de pertencimento da comunidade, criando uma identidade local e específica. Dependendo da modalidade de investimento e da contrapartida oferecida pelo governo municipal e estadual, os polos podem ter uma estrutura de apoio, composta de ambientes internos, como sala de vivência; sala de acolhimento; depósito; sanitários; área de circulação e espaços externos (áreas próprias para a realização de práticas corporais).

No espaço externo, são previstos dois ambientes: em um deles são instaladas barras para flexão de braços (vertical e horizontal); barras fixas para apoio a exercícios; pranchas para exercícios abdominais e espaldar. Na área de ambientação, serão construídos canteiros, jardins e calçadas. Além do exposto, poderá haver a construção de pistas de corrida, pistas de ciclismo, pistas de skate, quadras poliesportivas, campos de futebol de areia, área para jogos de tabuleiro e parque infantil. A prioridade para a implantação dos polos será dada aos locais que apresentarem altos índices de violência e baixos indicadores de desenvolvimento humano.

As ações são ofertadas de forma totalmente gratuita e oferecidas em horários variados, destinadas a pessoas de todas as idades. São previstas a realização de atividades corporais para melhoria da aptidão física global, avaliações físicas com vista à

orientação para a prática de atividade física individual e coletiva, promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, práticas artísticas (teatro, dança, música, pintura e artesanato), práticas recreativas (festivais, gincanas, jogos populares, passeios temáticos), palestras educativas, organização do planejamento das ações do programa em conjunto com a equipe de APS e usuários, rodas de diálogo a respeito de temas relacionados à promoção da saúde no território, entre outras.

A partir do que apresentamos nesse tópico, percebe-se que, além de democratizar a prática de atividade física, iniciativas como estas visam oportunizar às pessoas que trabalham durante o dia a participarem das atividades de promoção da saúde, pois, tomando como exemplo a realidade do PAC Recife, as atividades são ofertadas a partir das 05h30 da manhã até às 20h da noite. Assim, para além de um espaço de vivências de práticas corporais, este programa se configura como um espaço estratégico para a promoção da saúde através de uma discussão ampliada de uma cultura de paz e não violência.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO

A formação profissional representa uma das principais prioridades na agenda da saúde, sendo intensificados, nas últimas décadas, os investimentos interministeriais acerca da qualificação dos recursos humanos e sua consonância com as necessidades emergentes do modelo de saúde do SUS. A integração entre ensino e serviço e a prática interdisciplinar são apontadas como estratégias primordiais para a mudança na formação profissional e no alinhamento entre as expectativas e possibilidades de atuação

do profissional na área da saúde.

A participação da união na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde está regulamentada pela Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 200 e, posteriormente, pela Lei nº 8.080/90 que regulamentam o SUS. Iniciativas conjuntas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação vêm concretizando esta premissa com ações estratégicas implementadas, tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Unasus, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e o PET-Saúde, com as finalidades de reorientar os processos formativos, a atenção à saúde e a produção de conhecimento em saúde no Brasil. Para concretizar estas estratégias necessita-se de uma articulação interinstitucional, nas diversas esferas de gestão de serviços e de formação em saúde (BRASIL, 2005b).

Neste contexto, destacamos o Pró-Saúde, parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, visando à integração ensino, serviço e comunidade, concernindo as Instituições de Ensino Superior, a reformulação da estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde, enfatizando a APS e a abordagem integral da saúde como eixos primordiais na formação (Brasil, 2006).

A partir desta perspectiva, o acadêmico, já na formação inicial, terá oportunidade de adquirir competências fundamentais para a sua intervenção profissional, acrescentando, ao processo conceitual e teórico, a vivência no campo de trabalho em APS. Baseado nessa concepção posteriormente foi implementado o Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde / PET-Saúde, cujo pressuposto concerne em desenvolver o processo educativo, a partir

da iniciação ao trabalho, por grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS (Brasil, 2008b). Esta oportunidade de aproximação entre os conhecimentos e sua aplicabilidade na realidade social, visa qualificar o serviço do profissional de saúde e aproximar a produção do conhecimento científico das necessidades dos serviços.

Os cursos de Educação Física encontram nesta proposta uma impulsão positiva para reorientação e qualificação da formação do profissional. A inserção da Educação Física na saúde tem sido crescente, via programas e políticas públicas, sendo assim, repensar a formação não seria meramente uma necessidade, mas uma prioridade, para garantir a valorização, permanência e ampliação das possibilidades de inclusão da categoria na saúde coletiva e, conseqüentemente, a qualificação da atenção à saúde.

Em Florianópolis, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vêm estabelecendo aliança e diálogos coletivos acerca da formação em saúde desde a década de 1970, a partir dos cursos de Enfermagem e Medicina, devido ao fomento de atividades de experiência prática em comunidades e serviços de saúde do Município. Em 1983, esta relação foi fortalecida pela criação do Programa de Articulação Docente Assistencial (PDA), organizado com Colegiado Gestor e Colegiado Técnico, formalizado em convênio entre as instâncias.

A partir de 2005 diante da relevância da questão que envolve a formação de recursos humanos para a saúde, estabelecer-se metas para trabalhar as especificidades relacionadas à organização do PDA. Em 2006, instituiu-se uma comissão interinstitucional SMS/UFSC para reorganizar o processo de integração ensino-serviço. Por conseguinte, é constituída a Rede Docente Assisten-

cial (RDA), com diretrizes estabelecidas através de um regimento interno. Rede no sentido de envolver todas as unidades de saúde municipais como potenciais campos de prática para formação dos estudantes e residentes. Visando a ampliação e afirmação do caráter interdisciplinar desta proposta, garantiu-se a representatividade de todos os cursos da área da saúde interessados em participar e promover a integração ensino-serviço no Município (Florianópolis, 2012).

Esta proposta articula formação e atenção à saúde, consolida e estimula o desenvolvimento de modelos de ensino-aprendizagem, contribui para a melhoria da qualidade da assistência ao usuário e comunidade, além de aproximar a pesquisa em saúde da realidade social e da prática cotidiana dos serviços. A concretização deste trabalho em conjunto criou um espaço cultural inédito, em que se defende a real integração ensino-serviço capaz de promover a qualificação em serviço dos profissionais de saúde, formar de acordo com as necessidades e perfil descrito nas DCN, vincular produção científica, projetos de extensão e serviços de saúde às estratégias essenciais de consolidação do SUS (Reibnitz et al., 2012).

O curso de Educação Física integrou-se à RDA em 2008, pelo Projeto Pró-Saúde II, “Centro de Referência de formação para o SUS” - UFSC/SMS, sendo o mesmo período em que se incluíram as demais profissões da saúde a proposta, que antes era restrita aos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Em 2010, amplia sua participação a partir da inclusão no Pet-Saúde, que contava inicialmente com a presença de 19 participantes da Educação Física, sendo seis alunos bolsistas e nove voluntários, uma tutora acadêmica e três preceptores do serviço. As disciplinas vinculadas ao ensino-serviço foram o Estágio Supervisionado

em Atividade Física e Saúde, e as disciplinas Envelhecimento e Atividade Física e Saúde. Em 2011, foi aprovada a inclusão de uma nova disciplina optativa de Estudos Avançados em Atividade Física e Saúde, no curso de Bacharelado em Educação Física, cuja ementa enfatiza as políticas públicas de saúde para promoção da atividade física.

Os acadêmicos vivenciaram atividades da Atenção Básica com as equipes de referência - equipe de saúde da família - e as equipes de apoio - NASF - com destaque para a participação no Programa Floripa Ativa, que desenvolve atividades de avaliação, orientação e promoção da atividade física e reabilitação para idosos em situação de risco à saúde. Na academia, atividades foram desenvolvidas para estimular o discente a conhecer e integrar-se ao Pet-Saúde, por meio de Seminários de Pesquisa e Extensão da UFSC e da Semana Acadêmica da Educação Física, nos quais os estudantes vinculados ao Pet-Saúde publicaram trabalhos científicos e compuseram um *stand* específico para abordar o Sistema Único de Saúde e a educação tutorial.

Estas atividades indicam a importância dos programas indutores aos acadêmicos, para aproximar o campo de atuação profissional e a formação em saúde, e sensibilizar todos os atores envolvidos com a formação e a importância em aprimorar a estrutura curricular do curso de graduação em Educação Física. Divulgar esta proposta é oportunizar diálogos, estimular uma integração ativa onde todos se completam e participam da organização do trabalho e dos currículos, planejando juntos, num processo de cogestão e coresponsabilização.

Cabe ressaltar que a realidade nos apresenta alguns desafios, como trabalhar frente às diferenças que se apresentam em relação às estruturas curriculares do curso da Educação Física e das

demais áreas da saúde; promover ações integradoras entre a profissão, sem desconsiderar as especificidades presentes da área; e trabalhar em equipe multiprofissional que envolva gestores, professores, profissionais e estudantes, favorecendo a integração das ações de saúde e atividades didático-pedagógicas e pactuações interinstitucionais. O processo de integração da Educação Física com a equipe Pet-Saúde, os profissionais de saúde e a população é uma experiência valiosa que concretiza ações multidisciplinares, destaca a importância de não se restringir à transmissão de saberes, mas de participar do processo de trabalho, problematizando-o e reconhecendo o protagonismo dos serviços como fonte de produção de conhecimento.

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Historicamente, a ideia de “residência”, definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a profissionais sob a forma de curso de especialização, esteve mais associada à formação médica. No Brasil, apesar de ter sido oficializada somente em 1977, pelo decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977, as primeiras residências médicas datam da década de 1940. Outra área com relativa tradição nesta modalidade de ensino é a enfermagem, cujo início se dá, no contexto brasileiro, na década de 1970.

No caso das residências multiprofissionais, apesar de existirem casos isolados, em décadas anteriores (por exemplo, o do Programa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1978), foi somente em 2005 que a Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, criou oficialmente a Residência Multiprofissional em área Profissional da Saúde, voltada, segundo artigo

13, para a Educação em Serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (exceção da medicina), e que deve seguir os princípios e diretrizes do SUS e envolver cooperação intersetorial que busque favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mundo do trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

Esta nova possibilidade representa potencialmente um grande avanço para a formação continuada para diversas profissões da saúde, inclusive por resultar em maior aproximação destas com o complexo sistema de saúde brasileiro. Vale mencionar que, segundo a Constituição Federal, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, ou dito de outra forma: os cursos de formação profissional na área da saúde devem (ou deveriam) ter uma relação bastante próxima com o SUS. Entretanto, esta não parece ser uma realidade para a maior parte das áreas profissionais.

No caso de algumas, um dos pontos que dificulta esta aproximação é que os possíveis rendimentos de uma “carreira SUS” são muito inferiores aos valores pagos pela iniciativa privada, o que acaba por “afugentar” possíveis interessados em uma carreira na saúde pública. Claro que outros aspectos também influenciam o baixo interesse de muitos profissionais em seguir uma carreira no serviço público brasileiro de saúde. No caso da Educação Física, em que acreditamos que não haja tanto descompasso entre os possíveis rendimentos financeiros de uma “carreira SUS” e uma carreira média na iniciativa privada (haja vista o histórico de desvalorização profissional de Educação Física), é preciso admitir que o SUS é praticamente ignorado na formação profissional, que ainda é hegemonicamente centrada no aspecto individual e biológico do processo saúde-doença.

É óbvio que esta pouca aproximação com o SUS não é exclusiva da Educação Física. Algumas áreas estão de fato à nossa frente neste ponto (caso, por exemplo, da Enfermagem, que teve, ao longo de sua trajetória, maior aproximação com a saúde coletiva), mas outras parecem se encontrar em uma situação semelhante, ou seja, com uma aproximação pequena e incipiente. Independentemente de especificidades de cada área, acreditamos que a residência pode ser um espaço para que categorias profissionais, que apenas recentemente foram incluídas na proposta de reestruturação da atenção básica (caso da Educação Física) construam/reconstruam suas trajetórias a partir de uma aproximação mais efetiva com o ideário do SUS.

Construir/reconstruir uma trajetória na atenção básica passa por reconhecer a necessidade de que o modelo hegemônico de atenção à saúde seja substituído por um novo modelo, que valorize conceitos, como integralidade, humanização e promoção da saúde. Para que isso de fato aconteça, existe a necessidade de importantes modificações, entre as quais o próprio perfil de formação e das práticas dos profissionais de saúde. Neste sentido, faz-se necessário que a formação alcance um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Para isso, busca-se uma formação sólida, que aborde as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população, transcendendo os aspectos biológico e individual da saúde. Acreditamos que assim o enfrentamento dos problemas se dê de forma mais contextualizada e preparada para a atuação multiprofissional.

Apesar de ser muito difícil ter uma noção global de como está o processo de inserção da Educação Física nas residências (não em termos quantitativos, mas, sim, em relação à qualidade da inserção que vem acontecendo), acreditamos que existe uma

certa “naturalização” da presença e da atuação do profissional de Educação Física (e de outras áreas) nas residências, seja por parte dos profissionais da saúde, seja por parte dos usuários. A seguir iremos destacar a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (RMSF/UEL).

A RMSF/UEL teve a sua primeira turma iniciada em 2007, a partir de uma parceria com o Ministério da Saúde e com o Serviço Municipal de Saúde de Londrina, e busca possibilitar maior integração ensino-serviço e, conseqüentemente, melhorando a formação de profissionais de saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família. As profissões que atualmente compõem a equipe de residentes são (em ordem alfabética): educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. O tempo de duração é de dois anos e, essencialmente, a carga horária é dividida em 40 horas nos serviços de saúde (diretamente em duas UBS, mas também em outros contextos, como gestão de saúde, vigilância epidemiológica, controle social, etc.) e 20 horas de atividades acadêmicas. Importante destacar que mesmo a carga horária destinada às atividades acadêmicas procura estar sempre próxima das atividades realizadas no campo.

A utilização de metodologias ativas de ensino são uma das ferramentas prioritárias para construção do processo de ensino-aprendizagem. Nesta lógica, o discurso fica menos centrado na figura do professor, estabelecendo uma relação de transversalidade e que envolvem diferentes profissionais (da residência e dos serviços de saúde), além da articulação ensino e serviço. Esta troca aproxima-se da proposta de Matriciamento, onde é enfatizado o compartilhamento de saberes entre as profissões,

buscando maior vínculo da equipe com os usuários e uma visão mais integral dos planos terapêuticos, bem como aumentar a resolutividade das práticas e a superação do modelo fragmentado de “queixa-conduta”, de atenção prescritiva e focada na dimensão biomédica.

Domingos (2012) investigou o olhar do trabalhador da saúde sobre a RMSF/UEL. Ficou evidenciado, no discurso dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde onde houve o processo de inserção dos residentes, ressaltando que aqueles residentes provenientes de categorias profissionais que não atuavam, anteriormente, diretamente nas UBS, enfrentaram um processo mais difícil de consolidação de seu espaço de atuação. O “estranhamento” das categorias profissionais já consolidadas no contexto da atenção básica e mesmo dos profissionais agora inseridos era um ponto central nas primeiras turmas de residentes. O sentimento de “e agora, o que fazer?” era constante.

Como mencionado, acreditamos que houve, até de maneira relativamente rápida, um processo de “naturalização”, ou seja, a atuação de profissionais das “novas áreas” foram incorporados às UBS, de modo que, como relatado por alguns dos gestores e trabalhadores destas UBS, em reuniões de matriciamento, tornando difícil voltar a imaginar o trabalho da UBS sem a presença destes profissionais.

Ademais, o trabalho de Domingos (2012) demonstrou que na visão dos trabalhadores das UBS investigadas e a inserção da residência possibilitaram uma ampliação das ações voltadas à integralidade, inclusive por auxiliar na mudança de prática de muitos trabalhadores de saúde, mas, como qualquer outro processo de mudança, existem dificuldades intrínsecas. Há de se considerar que alguns profissionais mencionaram a dificuldade

no processo de inserção dos residentes e referiram dificuldade na consolidação do trabalho multiprofissional, inclusive citando a baixa qualidade da formação inicial como um elemento que dificulta esta forma “nova” de atuação. Mesmo assim, parece que o saldo é positivo, e a RMSF/UEL vem cumprindo seu papel.

De qualquer modo, vale destacar que, apesar das muitas boas possibilidades surgidas com a criação/ampliação das residências multiprofissionais para a aproximação da educação física com o ideário do SUS, seria ingênuo acreditar que a residência por si só daria conta deste déficit na formação em Educação Física. Defendemos que a formação inicial seja pensada no sentido de possibilitar melhor formação para a atuação na atenção básica. A pós-graduação, inclusive em nível de mestrado e doutorado, também necessita maior aproximação, haja vista que muitos programas ainda apresentam um foco de estudos na saúde essencialmente clínico/biológico (Loch, 2012).

Nesse contexto, a residência multiprofissional se insere em um campo de grandes disputas e, no debate central destas destaca-se a questão da formação e atuação profissional. Para aqueles que acreditam na necessidade de uma formação e atuação mais humana, solidária e que entenda saúde como um direito de todos, e não uma mera questão de mercado, as residências são uma possibilidade bastante interessante e promissora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública brasileira tem alcançado importantes progressos, visando uma qualificação e ampliação da rede de atenção à saúde. A APS, principalmente, passou por importantes

transformações para atingir os preceitos de humanização, acompanhamento longitudinal e resolutivo junto à população. E, concomitantemente a este estágio de reformulação e redefinição de paradigmas na saúde, a Educação Física ganhou espaço, por meio de programas, normativas e diretrizes governamentais.

Para acompanhar tais mudanças neste campo de atuação, as instituições formadoras têm buscado resignificar o processo de trabalho e a formação profissional, de modo que atenda aos preceitos e diretrizes do SUS. Sendo assim, os movimentos a favor deste avanço merecem ser pontuados como importantes marcos referenciais de mudança, permitindo uma visão otimista das perspectivas futuras no campo da Educação Física e Saúde.

As experiências institucionalizadas de articulação da área com o SUS, nos níveis de graduação e pós-graduação, integram possibilidades de engajamento da formação ao amplo processo de consolidação do SUS. Deste modo, nas estruturas curriculares dos cursos de graduação em Educação Física, alguns dos avanços podem ser traduzidos em necessidades, buscas e metas a serem cumpridas, entre elas, a participação do discente nos programas de intervenção, que têm como base a atividade física, e a reorientação da formação profissional, de acordo com o perfil descrito nas DCN. A partir deste fato estabelece-se a união entre dois contextos: sala de aula e situação de trabalho, com atuação nos cenários de prática com trabalhadores, professores e estudantes, na perspectiva da construção de ações coletivas.

Este estágio de mudança permeará principalmente a transformação de pensamento dos sujeitos envolvidos no cotidiano de ensino e serviço em saúde, contudo, a compreensão desta mudança precisa ser expandida para um patamar superior, em nível de sociedade, para que, de fato, as diferenças e os progres-

so sejam notados. A interface entre formação e atuação profissional cada vez mais se aproxima e contribui mutuamente para o alcance do objetivo comum de tornar a realidade da assistência em saúde mais próxima dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução n.º 218**, de 6 de março de 1997. Diário Oficial da União n.º 83, de 05/05/1997. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Decreto n.º 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regula a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ccm.ufpb.br/arquivosdosite/posgraduacao/Decreto%2080.281.pdf>. Acesso em 26 abr 2013.

_____. **Portaria n.º 1.065**, de 04 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a, 3p.

_____. **Portaria Interministerial n.º 3.101**, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, 2005b, 1p.

_____. **Portaria n.º 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 31p.

_____. **Portaria Interministerial nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2007.

_____. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a, 15p.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, 2008b. 2p.

_____. **Portaria nº 409**, de 23 de julho de 2008. Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c, 6p.

_____. **Caderno da Atenção Básica nº 27**: Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 164p.

_____. **Portaria Interministerial nº 421**, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 52

_____. **Portaria nº 719**, de 11 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/academia-da-saude>. Acesso em: 01 maio 2013.

BARROS, D. F. et al. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, vol. 1, n. 19, pp. 18-84, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

COELHO, I. B. **Formas de pensar e organizar o sistema de saúde**: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 85-120.

DOMINGOS, C. M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde**. Londrina, Paraná. 2012. p. 127. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Memória institucional 2005 a 2012. **A Integração Ensino Serviço na Rede Municipal de saúde de Florianópolis**. Cap 2 item 2.14. Ed. Copiart, 2012.

HOEHNER, C. M.; et al. Physical Activity Interventions in Latin

America. A Systematic Review. **Am J Prev Med**, v. 34, n. 3, mar. 2008

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011

LOCH, M. R.. Atividade Física e Saúde nos Programas de Pós-Graduação no Brasil: breve análise a partir de Tomas Kuhn. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, p. 46-51, 2012.

MALTA, D. C., SILVA, J. B. Policies to promote physical activity in Brazil. **Revista The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 195-8, 21 jul 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61041-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61041-1) Acesso em: 8 maio 2013.

PRATT, M. et al. Projeto Guia: um modelo para compreender e promover a atividade física no Brasil e na América Latina. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, vol. 15, n.1, 2010.

REIBNITZ, K. S. et al. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. bras. educ. med.**, v.36, p.68-75, 2012.

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI; T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v.3, n.17, p. 188-194, Jun/2012.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev Bras Ativ Fis Saude**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.